



valorizar a 1.000 millones
de adolescentes



estado de la población mundial 2003

inversiones en su salud y sus derechos



estado de la población mundial 2003

valorizar a 1.000 millones
de adolescentes:
inversiones en su salud
y sus derechos

Derechos de autor © UNFPA 2003

Fondo de Población de las Naciones Unidas
Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva



capítulos

1	panorama general de la vida de los adolescentes	I
	Introducción	1
	¿Por qué es importante la salud reproductiva?	2
	Salud reproductiva de los adolescentes y pobreza	3
	Un mundo cambiante	5
	Educación y empleo	8
	Asegurar un futuro mejor: Inversiones en la juventud	10
2	desigualdad de género y salud reproductiva	15
	Matrimonio precoz y en la infancia	15
	Cambio de normas, arduos retos	17
	Apoyo de los progenitores y de la familia	20
	Violencia sexual y trata de personas	20
	Corte genital femenino	21
3	el VIH/sida y los adolescentes	23
	Factores contribuyentes	23
	Diferencias regionales	25
	Efectos del SIDA sobre los jóvenes	26
	Comercialización social de anticonceptivos	26
	Servicios para la prevención y la atención del VIH/SIDA	27
4	promoción de comportamientos más saludables	29
	Dónde obtienen información los adolescentes	30
	Educación en las escuelas sobre sexualidad	30
	Educación y asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes	33
	Llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela	35
	Medios de difusión de masas, entretenimiento y deportes	35
5	satisfacción de las necesidades en materia de servicios de salud reproductiva	39
	Embarazo precoz	39
	Necesidad insatisfecha de planificación de la familia	40
	Servicios de salud "acogedores para los jóvenes"	41
	Logros programáticos	42
6	programas integrales para adolescentes	45
	Proyecto para niñas adolescentes	45
	Alianza Africana de la Juventud	46
	Iniciativa para la salud reproductiva de los adolescentes	47
	<i>Geração Biz</i> , Mozambique	48
	Red Kidavri para impartir conocimientos prácticos a los adolescentes	49
	Cuestiones de coordinación	49
7	asignar prioridad a los adolescentes	51
	Ámbito normativo	51
	Programas basados en los derechos humanos	52
	Movilización del apoyo comunitario	53
	Participación de los jóvenes en la programación	53
	Recursos	55
	Costos de la inacción	56

índice

notas	62
--------------	-----------

fuentes para los recuadros	69
-----------------------------------	-----------

indicadores

Vigilancia de las metas de la CIPD – Indicadores seleccionados	70
Indicadores demográficos, sociales y económicos	74
Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos	78
Notas de cuadros de indicadores	80
Notas técnicas	81

gráficos y cuadros

gráfico 1 Desglose demográfico de la población mundial de adolescentes, millones	2
gráfico 2 Oportunidad demográfica máxima, por región	6
cuadro 1 Porcentaje de adolescentes que viven en ciudades, desglosados por sexo y por edades, países seleccionados	7
gráfico 3 Porcentaje de mujeres que han dado a luz antes de cumplir 20 años, por nivel de educación	9
cuadro 2 Porcentaje de adolescentes empleados en 2000, por edad, sexo y región	10
cuadro 3 Consecuencias de efectuar inversiones insuficientes en los adolescentes	11
cuadro 4 Jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con el VIH/SIDA, por sexo: diciembre de 2001	23
gráfico 4 Nuevas infecciones con el VIH en 2002, por grupo de edades	24
gráfico 5 Necesidad insatisfecha (UMN) y uso de métodos de planificación de la familia, 15 a 19 años de edad, por región	41

fotos, leyendas y autores	84
----------------------------------	-----------

equipo editorial	84
-------------------------	-----------





1 panorama general de la vida de los adolescentes

Introducción

La mayor generación de adolescentes registrada en la historia—más de 1.200 millones de personas—se está preparando a ingresar a la adultez en un mundo en rápido cambio. Su nivel educacional, su estado de salud, su disposición a asumir papeles y responsabilidades de adultos y el apoyo que reciben de sus familias, sus comunidades y sus gobiernos, determinarán su propio futuro y el futuro de sus países.

Casi la mitad de los habitantes del mundo tienen menos de 25 años de edad: se trata de la mayor generación de jóvenes jamás registrada en la historia. El informe *El Estado de la Población Mundial 2003* examina los retos y los riesgos que enfrenta esta generación y que influyen directamente sobre su bienestar físico, emocional y mental. Actualmente, millones de adolescentes y jóvenes enfrentan perspectivas de matrimonios precoces, procreación temprana y educación incompleta, además de la amenaza del VIH/SIDA. De todas las nuevas infecciones con el VIH, la mitad ocurre en personas de 15 a 24 años de edad. En el informe se destaca que al aumentar los conocimientos, las oportunidades, las opciones y la participación de los jóvenes, se posibilitará que tengan vidas saludables y productivas, de modo de poder contribuir plenamente a sus comunidades y a un mundo más estable y próspero.

Los adolescentes y jóvenes de hoy tienen diversas experiencias, habida cuenta de las diferentes realidades políticas, económicas, sociales y culturales existentes en sus comunidades. No obstante, hay en las vidas de todos ellos un factor común: la esperanza de un futuro mejor. Esta esperanza es reforzada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, acordados por los líderes mundiales en el año 2000 a fin de reducir la extrema pobreza y el hambre, frenar la propagación del VIH/SIDA, reducir la mortalidad de madres y niños, asegurar la educación primaria universal y mejorar el desarrollo sostenible, antes de 2015.

Dentro del marco de derechos humanos establecido y aceptado por la comunidad mundial, ciertos derechos son particularmente pertinentes a los adolescentes y los jóvenes, así como a las oportunidades y los riesgos que ellos enfrentan, inclusive el derecho a la igualdad de género y los derechos a la educación y la salud, incluidos servicios de salud reproductiva y sexual e información al respecto, de manera apropiada a su edad, a su capacidad y a sus circunstan-

cias. Las acciones encaminadas a asegurar la vigencia de esos derechos pueden tener beneficios prácticos de enorme magnitud: aumentar los medios de acción de las personas y asegurar su bienestar, contrarrestar la pandemia de VIH/SIDA, reducir la pobreza y mejorar las perspectivas de progreso social y económico. Abordar esos retos es una urgente prioridad de desarrollo.

Las inversiones en los jóvenes arrojarán grandes utilidades durante varias generaciones en el futuro. Por otra parte, la inacción redundará en enormes costos para las personas, las sociedades y el mundo en general.

En todas las regiones, hay necesidad de entablar diálogos positivos a fin de que padres, madres, familias, comunidades y gobiernos, comprendan mejor las complejas y delicadas situaciones que enfrentan los adolescentes y los jóvenes. El informe examina diversos factores, entre ellos, las cambiantes estructuras de la familia, la evolución

de las condiciones de vida, la rápida transformación de las normas y comportamientos sexuales, el aumento del número de huérfanos y niños de la calle, los efectos de la urbanización y la migración, los conflictos armados, la falta de educación y empleo y el continuo costo de la discriminación y la violencia por motivos de género.

Los jóvenes, mujeres y varones, necesitan orientación, y al mismo tiempo, también necesitan relaciones e instituciones de apoyo que respondan a sus esperanzas y preocupaciones.

Al emprender acciones concertadas e integrales para abordar los retos que enfrentan los adolescentes y los jóvenes, los gobiernos pueden dar cumplimiento a sus compromisos y alcanzar las metas internacionales de desarrollo, además de otorgar más esperanzas a la mayor generación de jóvenes que jamás haya existido en el mundo.

El UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, está colaborando con una amplia gama de aliados y con los propios jóvenes para abordar las necesidades de los adolescentes y los jóvenes de maneras culturalmente sensibles, impulsadas localmente y acordes con las normas internacionales de derechos humanos.

La adolescencia es un proceso de crecimiento. Orientar a los niños a medida que van avanzando hacia la adultez no es y nunca ha sido una tarea exclusivamente a cargo de padres y madres. En las comunidades rurales tradicionales, la transición está regida por la familia ampliada y los sistemas jerárquicos y de respeto establecidos.

*Las inversiones en la salud
y los derechos de los
adolescentes producirán
grandes beneficios durante
muchas generaciones.*

Pero en todos los países en desarrollo, las certidumbres de la tradición rural están cediendo el paso a la vida urbana, con sus oportunidades y riesgos, sus libertades individuales y sus demandas sociales más complejas y marcos de apoyo más elaborados.

En los ámbitos urbanos en rápido cambio, los jóvenes obtienen de los demás jóvenes, y cada vez más, de los medios de difusión de masas, la mayor parte de su información acerca del mundo que los rodea, de lo que han de esperar y de la manera de comportarse. La tensión entre padres y madres, que tienden a percibir a los adolescentes como niños necesitados de protección, y el mundo exterior, que impone a los adolescentes demandas como si fueran adultos, refleja el dilema central de la adolescencia moderna.

El período entre 10 y 19 años de edad está colmado de transiciones vitales. La manera y el momento en que los jóvenes experimentan esas transiciones varían en gran medida, en función de sus circunstancias. A los 10 años de edad, en la mayoría de las sociedades la expectativa es que los niños vivan en su hogar, asistan a la escuela, aun no hayan llegado a la pubertad, sean solteros y nunca hayan trabajado. Antes de cumplir 20 años, muchos adolescentes ya se han marchado de la escuela y de su hogar. Han comenzado a tener actividad sexual, se han casado y han ingresado en la fuerza laboral¹.

Si bien escasean las investigaciones comparativas, en lo concerniente a los adolescentes, las diferencias entre distintas sociedades y dentro de una misma sociedad son más pronunciadas y las generalizaciones tal vez menos útiles, que en lo tocante a otros grupos de edades; algunas sociedades apenas reconocen la prolongada transición hacia la adultez; en otras, la adolescencia parecería abarcar desde los últimos años de la infancia hasta etapas posteriores a los 20 años.

Además, los conocimientos sistemáticos acerca de los adolescentes son aún más escasos que para otros grupos de edades y esa escasez es incluso mayor con respecto a la primera adolescencia, entre los 10 y

los 14 años, que para la etapa posterior, de los 15 a los 19 años de edad.

Si bien la información sobre los jóvenes está comenzando a ser un poco más abundante², escasean los datos fidedignos sobre las influencias más fuertes en sus vidas: los demás jóvenes, sus familias y sus comunidades.

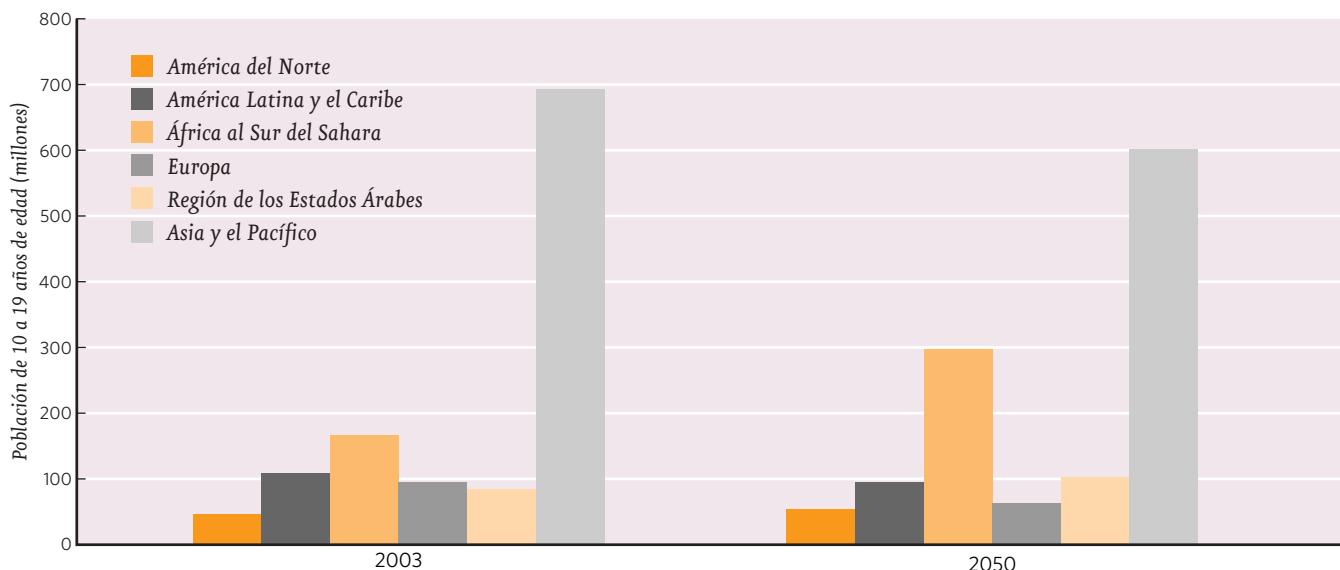
Es necesario que los encargados de formular políticas, las comunidades y las familias establezcan políticas, programas y sistemas de orientación, de modo que tantos jóvenes como sea posible dispongan de los recursos que necesitan para contribuir a sus sociedades.

¿Por qué es importante la salud reproductiva?

La comunidad internacional ha definido la salud sexual y reproductiva como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todas las cuestiones relativas al aparato reproductor y sus funciones y procesos³. La salud sexual y reproductiva es un componente esencial de la capacidad de los jóvenes para transformarse en miembros bien equilibrados, responsables y productivos de la sociedad⁴.

En posteriores capítulos del presente informe se detallan las principales cuestiones atinentes a la vigencia de los derechos de los adolescentes y la satisfacción de sus necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva. En el capítulo 2 se examina la desigualdad de género en relación con el matrimonio precoz, la actividad sexual prematrimonial y la violencia contra las mujeres y las niñas. En el capítulo 3 se considera el VIH/SIDA y sus efectos sobre los jóvenes. El capítulo 4 destaca las acciones encaminadas a influir sobre el comportamiento de los adolescentes, proporcionándoles información acerca de la salud sexual y reproductiva. En el capítulo 5 se analiza la provisión de servicios de salud reproductiva “acogedores para los jóvenes”. En el capítulo 6 se ofrecen ejemplos de programas integrales que abordan las necesidades de los adolescentes en materia

Gráfico 1: Desglose demográfico de la población mundial de adolescentes, millones



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas

de información, servicios y adquisición de aptitudes. Finalmente, en el capítulo 7 se indican los necesarios cambios a introducir en las políticas y los beneficios de efectuar inversiones en los adolescentes, inclusive en su salud sexual y reproductiva.

La salud reproductiva es una necesidad durante toda la vida. El estado de salud reproductiva de una madre tiene efectos sobre sus hijos y la salud de éstos.

A medida que los niños varones y las niñas van creciendo, los adultos los tratan de manera diferente y tienen diferentes expectativas en cuanto a su comportamiento. Esas diferencias suelen determinar las futuras condiciones de su vida y muchas atañen a la sexualidad o repercuten sobre ésta. En numerosos ámbitos sociales, muy distintos entre sí, se condiciona de manera desembozada o sutil, a las niñas para que desempeñen el papel de esposa y madre, y a los niños varones, el papel de sostén y jefe del hogar. Dentro y fuera del hogar, se plantean demandas sobre los niños: si pueden esperar educación y en qué forma; la introducción del adolescente a las prácticas atinentes a la sexualidad, el cortejo y el matrimonio; y la información y los servicios relativos a la salud reproductiva, antes del matrimonio y durante éste. Esas demandas reflejan las diferentes expectativas en función del género.

Las dificultades en cuanto a la salud reproductiva con que se tropieza más avanzada la adolescencia, entre ellas el embarazo no deseado, el aborto realizado en malas condiciones y las infecciones de transmisión sexual, pueden atribuirse a circunstancias como la falta de educación y oportunidades, pero están presentes en todos los grupos sociales. A menudo, las diferentes expectativas de género y el diferente trato en la infancia y durante los primeros años de la adolescencia son importantes factores contribuyentes.

Por ejemplo, las expectativas de que las jóvenes se responsabilicen por la anticoncepción, las presiones sobre los jóvenes varones para que prueben su masculinidad, el comportamiento a la vez agresivo y sumiso de muchas jóvenes, son resultado de pautas de comportamiento establecidas desde las edades más tempranas.

Con frecuencia, es difícil hablar de esos temas, y su planteo es espinoso para los propios jóvenes. Parte de la razón, o al menos de la explicación, para la reticencia pública es que los propios jóvenes no colocan la salud sexual y reproductiva en un lugar muy prominente de su lista de preocupaciones activas. Pero la salud reproductiva está vinculada a muchos aspectos que ellos consideran primordiales, como finalizar su educación, encontrar empleo, lograr una posición económica, entablar relaciones seguras y, llegado el momento, establecer su propia familia.

Los maestros, líderes espirituales, empleadores, gobiernos y comunidades deben ayudar a los jóvenes y a sus padres y madres, en la etapa en que los jóvenes se preparan para ejercer los derechos y responsabilidades de la adultez. Los sistemas políticos deben encontrar maneras de involucrar a los jóvenes en la formulación y la aplicación de las políticas que conforman sus vidas. En el resto de este capítulo se proporciona un panorama general de la gama de situaciones que es preciso abordar.

Salud reproductiva de los adolescentes y pobreza

Para reducir la pobreza es preciso avanzar hacia la satisfacción de las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva.

I DEFINICIONES DE JÓVENES Los términos “adolescentes”, “jóvenes” y “personas jóvenes” se utilizan de manera diferente en distintas sociedades. Esas categorías están asociadas—cuando se las reconoce como tales—a diferentes papeles, responsabilidades y edades, en función del contexto local.

Como se detalla en el presente informe, algunos acontecimientos fundamentales en la vida—matrimonio, iniciación sexual (primera relación sexual), empleo, procreación, aceptación en organizaciones de adultos, participación política—ocurren en diferentes momentos en distintas sociedades y dentro de una misma sociedad.

En este informe se utilizan definiciones comúnmente empleadas en diferentes contextos demográficos, normativos y sociales:

- **Adolescentes:** 10 a 19 años de edad (primera adolescencia, 10 a 14 años; segunda adolescencia, 15 a 19 años).
- **Jóvenes:** 15 a 24 años de edad.
- **Personas jóvenes:** 10 a 24 años de edad.

Los programas y políticas nacionales suelen efectuar distinciones diferentes. En la India, por ejemplo, la política relativa a la juventud comprende las personas de hasta 35 años. En Jamaica, los programas de salud reproductiva para adolescentes tienen objetivos y estrategias diferentes para edades diferentes (pues se reconoce que los intereses, las aptitudes y las necesidades en la primera adolescencia no son los mismos que para los adolescentes de más edad). En muchos países, los materiales de educación sobre salud se adaptan a los diferentes grados escolares.

La educación es la clave para discontinuar la transmisión de la pobreza de una generación a la siguiente. Pero, los estudios indican que los pobres tienen más probabilidades de no finalizar sus cursos escolares⁵. En consecuencia, se ven privados de educación sobre salud reproductiva y sexualidad, que se imparte en los grados superiores, y no saben dónde encontrar información sobre salud.

Las jóvenes más pobres probablemente se casarán antes⁶. En el 20% más acaudalado de la población, el matrimonio antes de los 18 años es relativamente raro (menos del 30%, en países donde el promedio nacional supera el 50%). En Nigeria, casi un 80% de las jóvenes más pobres ya están casadas al cumplir 18 años, mientras que el porcentaje para los grupos más ricos es de sólo 22%.

Las diferencias en las tasas de fecundidad de las adolescentes son consecuencia de muchos factores, entre ellos las oportunidades disponibles en la vida, el acceso a los servicios, las actitudes de los encargados de prestar servicios, las expectativas socioculturales, las desigualdades de género, las aspiraciones educacionales y los niveles económicos. En muchos países, las diferencias de fecundidad entre los estratos más pobres y los más ricos figuran entre las mayores en comparación con los restantes indicadores de salud⁷. La procreación precoz en las familias pobres perpetúa el ciclo de pobreza, de una generación a la siguiente.

Por lo general, en la actualidad el uso de anticonceptivos entre los adolescentes es bajo, pero va en aumento en los estratos económicos más altos. Entre los jóvenes más pobres, menos del 5%

utilizan anticonceptivos modernos. La falta de equidad en el acceso a la planificación de la familia fomenta la probabilidad de los alumbramientos no deseados o inoportunos. (Véase el Capítulo 2).

Cuando las jóvenes más pobres dan a luz, tienen menores probabilidades de ser atendidas por personal capacitado. Las jóvenes más ricas tienen probabilidades entre dos y ocho veces superiores de que sus alumbramientos sean atendidos por un profesional médico. La atención de personal capacitado es importante para la salud de la madre y del niño, particularmente cuando hay complicaciones del parto. Cuanto más joven es la madre, tanto mayores son las posibilidades de que padezca complicaciones del embarazo y el parto. Además, las pobres tienen menor acceso a los servicios de atención de la salud, pese a que corren mayores riesgos en el embarazo y el parto.

El VIH/SIDA es una enfermedad correlacionada con la pobreza. Las mujeres pobres son las que están en peores condiciones de negociar condiciones menos riesgosas para las relaciones sexuales y quienes más probablemente se verán impulsadas a aceptar un compañero en la esperanza de obtener beneficios materiales. Esta vulnerabilidad social se agrava por la falta de información. Lo probable es que las mujeres pobres no sepan que el VIH/SIDA se transmite por vía sexual.

POBREZA Y CRECIMIENTO ECONÓMICO En el año 2000 se estimaba que en todo el mundo, el número de jóvenes que sobrevivían con menos de un dólar diario era de 238 millones, casi la cuarta parte (22,5%) del total de la población de jóvenes⁸. Hay unos 462 millones de jóvenes que viven con menos de 2 dólares diarios. El Asia meridional es la región donde hay mayor concentración de

jóvenes que viven en extrema pobreza (106 millones), seguida por África al Sur del Sahara (60 millones), la región de Asia oriental y el Pacífico (51 millones) y América Latina y el Caribe (15 millones).

Un 77% de los 238 millones de jóvenes que viven en extrema pobreza residen en 11 países de gran magnitud: la India, China, Nigeria, el Pakistán, Bangladesh, la República Democrática del Congo, Viet Nam, el Brasil, Etiopía, Indonesia y México. La pobreza en la juventud también tiene una estrecha correlación con el nivel de la deuda nacional.

UNA OPORTUNIDAD Si bien el crecimiento de la población y la persistente pobreza en los países en desarrollo están engarzadas en un círculo vicioso, la gran cantidad de jóvenes que están vivos hoy ofrece una singular oportunidad económica. A medida que van disminuyendo las tasas de fecundidad, va aumentando la cantidad de población en edad activa (15 a 60 años de edad) en comparación con los grupos “dependientes” (0 a 15 y 60 y más años de edad). Así se abre una “oportunidad demográfica”. Si se realizaran inversiones apropiadas en salud y educación y se adoptaran políticas económicas y criterios de gobernabilidad propicios, los países podrían movilizar el potencial de sus jóvenes e impulsar una transformación económica y social. La oportunidad demográfica llegará a su fin a medida que las poblaciones vayan avanzando en edad y que aumente nuevamente la tasa de dependencia.

Algunos países, como Tailandia y la República de Corea, ya han aprovechado su “oportunidad demográfica”, efectuando inversiones en programas sociales para lograr un espectacular crecimiento

2

LA SALUD REPRODUCTIVA ES UN DERECHO HUMANO

En 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) se destacó la importancia de la adolescencia para asegurar la salud sexual y reproductiva a lo largo de todo el ciclo vital. Además—por primera vez en un acuerdo internacional—se reconoció que los adolescentes tienen necesidades de salud peculiares que difieren en aspectos importantes de las que tienen los adultos y se destacó que la equidad de género es un componente imprescindible de las acciones para satisfacer dichas necesidades.

El Programa de Acción de la CIPD exhorta a los gobiernos y los sistemas de salud a establecer, ampliar o ajustar los programas de modo de satisfacer las necesidades de salud reproductiva y sexual de los adolescentes, respetar sus derechos al carácter privado y confidencial de los servicios y velar por que las actitudes de los agentes de salud no restrinjan el acceso de los adolescentes a la información y los servicios. También exhorta a los gobiernos a eliminar todas las barreras (legislativas, reglamentarias o con-

suetudinarias) que se interponen entre los adolescentes y los servicios de salud reproductiva, así como la información y la educación al respecto.

En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas celebrado en 1999, CIPD+5, se reconoció el derecho de los adolescentes al disfrute de los más altos niveles posibles de salud y a la provisión de servicios adecuados, específicos, acogedores para los jóvenes y de fácil acceso, para atender eficazmente sus necesidades de salud reproductiva y sexual, inclusive educación, información y asesoramiento sobre salud reproductiva y estrategias de fomento de la salud (párrafo 73).

En el Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se afirma que los niños tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, inclusive la educación y servicios en materia de planificación de la familia (un derecho también reconocido en anteriores convenciones y conferencias).

En junio de 2003, el Comité de las Naciones Unidas que vigila la aplicación de la Convención manifestó: “Los Estados Partes deberían proporcionar a los adolescentes acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, inclusive sobre planificación de la familia y anticonceptivos, los peligros del embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. Además, los Estados Partes deberían velar por que los adolescentes tengan acceso a la información apropiada, independientemente del estado civil y del consentimiento previo de padres o tutores”.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) apoya los derechos de la mujer a los servicios de salud reproductiva y a la información al respecto y también a la equidad en la adopción de decisiones en cuestiones reproductivas y de salud sexual. En 1999, el Comité que vigila la aplicación de este tratado exhortó a los Estados signatarios a aceptar que cuando la Convención utiliza el término “mujeres”, éste se aplica también a las niñas y las adolescentes.

económico. Actualmente, esa oportunidad se está abriendo para un gran grupo de países, donde las tasas de fecundidad han disminuido pronunciadamente en los dos últimos decenios. Para los países menos adelantados, donde son más altas las tasas de fecundidad y más lentas las disminuciones, la oportunidad no se abrirá hasta después de 2050 (Gráfico 1)¹⁰.

Dentro de un mismo país, las oportunidades varían considerablemente; los niveles de dependencia son más elevados en las familias pobres y las tasas de fecundidad son mayores¹¹. La persistencia de las altas tasas de fecundidad en los hogares pobres socava las perspectivas de desarrollo. Para aprovechar la oportunidad demográfica es preciso efectuar inversiones en salud (inclusive la salud reproductiva) y en educación para las familias más pobres.

En muchas regiones y países serán los adolescentes de hoy quienes formarán parte de la población activa cuando el dividendo demográfico llegue a su máximo. Las inversiones en su salud, su educación y sus aptitudes y el establecimiento de un marco normativo propicio para el crecimiento económico y social deberían ser cuestiones prioritarias y de importancia crítica. En los países menos adelantados se necesitarán inversiones aún mayores para mejorar la calidad de la vida y la gobernabilidad y acelerar la transición demográfica, de modo de abrir cuanto antes y lo más ampliamente posible esa oportunidad.

Un mundo cambiante

Los adolescentes están heredando un mundo en rápida evolución, plasmado cada vez más por influencias mundiales, entre ellas:

- La mundialización del intercambio comercial, las inversiones y las relaciones económicas.
- Los medios de comunicación de masas y el desarrollo de una cultura de jóvenes.
- Las modalidades de gobernabilidad y la exclusión de ciertos grupos sociales.
- La descentralización de la adopción de decisiones.
- La cambiante naturaleza del trabajo, que requiere nuevas aptitudes y capacidades.
- La urbanización y la migración.
- Las enfermedades nuevas y que están reapareciendo, particularmente el VIH/SIDA.
- Las cambiantes estructuras de la familia y la dispersión de los miembros de la familia.
- El comercio en drogas ilícitas y la trata de seres humanos.
- Los conflictos y las conmociones sociales.

Los cambios políticos, sociales y económicos y los problemas sociales resultantes están afectando las relaciones entre los progenitores y los hijos, la forma en que se considera la autoridad paterna y las instituciones que sirven a los adolescentes. Hay una enorme diversidad en las circunstancias en que se encuentran los jóvenes, entre distintos países y dentro de un mismo país. A continuación se consideran algunos de esos aspectos.

3

EL CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN LOS PAÍSES MÁS POBRES ES MÁS LENTO, PERO SIGUE SIENDO ALTO

Según las proyecciones más recientes de las Naciones Unidas, las menores tasas de fecundidad y las tasas superiores a las previstas de mortalidad causada por el SIDA se están combinando para frenar el crecimiento de la población mundial. Pero en el informe *World Population Prospects: The 2002 Revision* se indica que en los países más pobres del mundo, la población sigue creciendo rápidamente.

La población mundial, actualmente de 6.300 millones de personas, aumentará hasta llegar, según se estima, a 8.900 millones de personas hacia 2050. Casi todo el aumento de 2.600 millones ocurrirá en los países en desarrollo de África, Asia y América Latina.

La División de Población de las Naciones Unidas revisa sus proyecciones cada dos años y la proyección realizada en 2002 para la población en 2050 es inferior en 400 millones a la realizada en 2000. La mitad de la disminución se debe al aumento que arrojan las proyecciones de defunciones a causa del SIDA (278 millones

hacia 2050); el resto es el resultado de las menores tasas de fecundidad y el menor tamaño de la familia.

El informe de las Naciones Unidas indica que las inversiones en programas de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, han contribuido a reducir la fecundidad de los países en desarrollo, desde seis hijos por mujer en 1960 hasta aproximadamente tres en la actualidad. Para que haya mayores disminuciones en la tasa de fecundidad sería preciso que las parejas en todo el mundo pudieran plasmar su deseo de tener familias más pequeñas.

Tiene importancia crítica que se efectúen inversiones sostenidas. La División de Población señala que si las mujeres, en promedio, tuvieran medio niño más que lo indicado en su hipótesis "más probable" la población mundial podría llegar a 10.600 millones de personas hacia 2050.

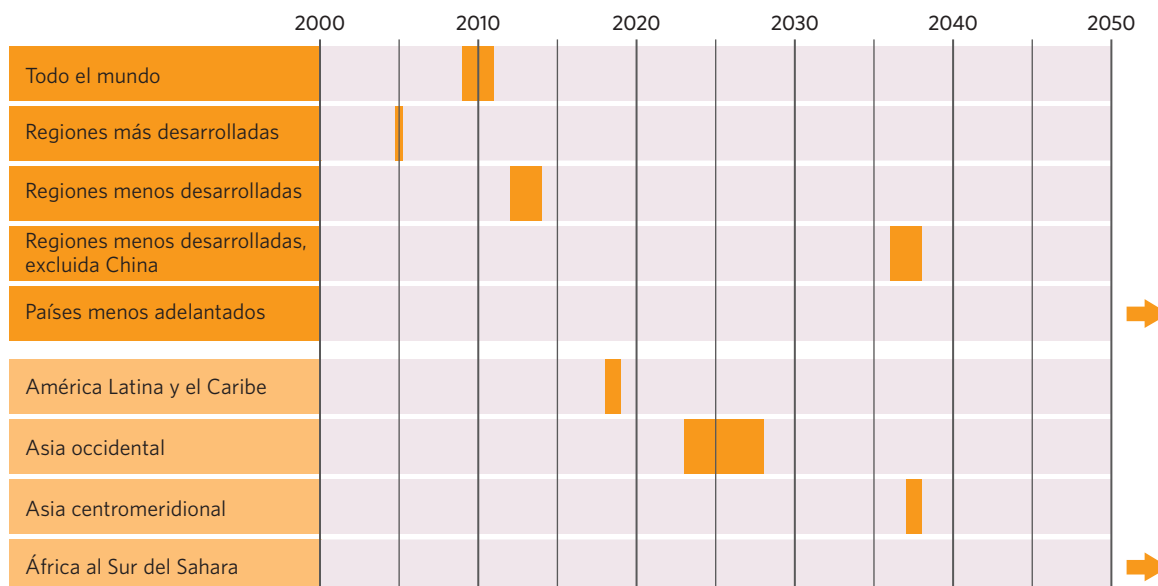
El número sin precedentes de adolescentes que están hoy vivos—1.200 millones, lo cual refleja las altas tasas de fecundidad de la generación anterior—asegura que continúe el crecimiento de la población durante varios decenios, incluso cuando las familias sean más

pequeñas. Si bien la proporción de adolescentes en el total de población disminuirá a lo largo del tiempo, las cantidades totales se mantendrán en el tramo de 1.200 millones a 1.300 millones a lo largo de los próximos 50 años. Por consiguiente, la clave de contrarrestar el impulso al crecimiento de la población reside en posibilitar que las jóvenes aplacen la procreación y espacien más los alumbramientos.

En los países más pobres, las tasas de crecimiento de la población y las tasas de fecundidad están disminuyendo mucho más lentamente que en otros países. Según se prevé, los 49 países menos adelantados pasarán de 168 millones de habitantes en la actualidad hasta 1.700 millones hacia 2050, y su proporción respecto de la población mundial de adolescentes aumentará desde 14% hasta 25,6%. Esa proporción para África al Sur del Sahara aumentará desde 14% hasta 24,6%.

Las mayores cantidades de defunciones a causa del SIDA que arrojan las proyecciones son consecuencia de una evaluación más a fondo de la gravedad de la epidemia en cada país, y denota la urgente necesidad de aumentar el gasto en la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA.

Gráfico 2: Oportunidad demográfica máxima, por región



CAMBIOS EN LAS FAMILIAS Y LAS CONDICIONES DE VIDA En muchos ámbitos, tradicionalmente las relaciones entre los niños y sus progenitores han sido sólo un componente de una red de relaciones en la familia ampliada. Pero la migración, los nuevos valores y conceptos, la pobreza, la dispersión familiar y los efectos del VIH/SIDA han reducido la dependencia respecto de la familia ampliada, particularmente en las ciudades. Esto ha acrecentado las demandas a que están sujetos los progenitores, pero privándolos al mismo tiempo de los sistemas de apoyo.

Muchos jóvenes están viviendo sin uno o ambos progenitores y muchos también no pueden depender de sus familias para que los apoyen. Un análisis de los datos de encuestas para países seleccionados realizadas a fines del decenio de 1990¹² indica las proporciones de jóvenes adolescentes de entre 10 y 14 años de edad que no viven con su padre o su madre, la cual osciló entre 3% en Jordania y 13% en Nicaragua y hasta más del 20% en algunos países africanos, y además indicó que la cantidad de niñas que se encontraban en esta situación era mayor que la de varones. Los niños que vivían con un progenitor (en la mayoría de los países, con mayor frecuencia la madre y no el padre) iban desde menos del 10% en Jordania hasta el 32% en Nicaragua. Si bien escasean los datos sobre las diferencias entre zonas urbanas y rurales, en Etiopía el 60% de los adolescentes campesinos vivían con ambos progenitores, en comparación con el 41% de las niñas y el 47% de los varones en las zonas urbanas.

HUÉRFANOS Y NIÑOS DE LA CALLE La pérdida de uno o de ambos progenitores cambia profundamente la vida de los adolescentes, obligándolos a transformarse en jefe de familia o a vivir en las calles. La pobreza y los conflictos políticos y étnicos exacerban la situación.

Hasta el momento, a causa del SIDA han quedado huérfanos al menos 13 millones de niños menores de 15 años. Según los pronósticos,

antes de 2010 se duplicará con creces la cantidad total de niños que han quedado huérfanos a causa de la epidemia a partir de sus comienzos¹³. Antes del comienzo del SIDA, un 2% de los niños de países en desarrollo era huérfanos. Actualmente, en diez países de África al Sur del Sahara—Botswana, Burundi, Lesotho, Malawi, Mozambique, la República Centroafricana, Rwanda, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe—más del 15% de los niños menores de 15 años han quedado huérfanos¹⁴.

Hay muchas otras razones para que los adolescentes busquen refugio en las calles. Los hogares y las familias se desintegran debido a la guerra o a situaciones de emergencia civil¹⁵. Los niños pueden ser empujados a abandonar su hogar debido a la extrema pobreza, la violencia o las toxicomanías en la familia, o a conflictos con sus parientes. Los niños tal vez escapen de malos tratos físicos o mentales, del fracaso escolar, de los problemas de salud mental o de comportamiento, del aburrimiento, de la falta de oportunidades o de las relaciones insatisfactorias con otros jóvenes¹⁶.

Las estimaciones mundiales del número de niños de la calle varían desde 100 millones, con la mitad de ellos en América Latina¹⁷, hasta 250 millones¹⁸. Esas cantidades están aumentando rápidamente y las cantidades de niños de corta edad que viven en las calles son superiores a las registradas nunca antes¹⁹.

En Filipinas, por ejemplo, se informó en 1991 de que había 220.859 niños de la calle; en 1999, había 1,5 millón²⁰. En los países en desarrollo, los niños de la calle pueden tener sólo 8 años, mientras que en los países desarrollados suelen ser mayores de 12 años²¹. En Asia, los niños de la calle muy probablemente serán varones y no niñas. Las niñas son menos visibles en la calle, posiblemente debido a que es menor el número de las que se marchan de sus hogares o son abandonadas por sus familias; o debido a que las niñas son recogidas más rápidamente por las autoridades o que se las confina y explota.

Debido a sus precarias circunstancias residenciales y económicas y a su falta de acceso a las instituciones de servicios sociales, los jóvenes sin hogar suelen estar malnutridos, tener salud deficiente y ser toxicómanos y susceptibles al abuso sexual y al VIH/SIDA²². Los adolescentes sin hogar, considerados por lo general “demasiado mayores” para ser candidatos a la adopción, figuran entre los grupos más postergados en lo concerniente a acciones de rehabilitación o estrategias de prevención del VIH²³. Los jóvenes de la calle, a menudo percibidos como una amenaza a la sociedad, son objeto de violencia, tanto por parte de los agentes encargados de la aplicación de la ley como del “vigilantismo”.

URBANIZACIÓN Y MIGRACIÓN Las zonas urbanas están cambiando, los pequeños poblados se están transformando en ciudades y las grandes ciudades siguen ampliándose. La urbanización es una influencia especialmente importante en los países menos adelantados. Las personas migran en respuesta a las oportunidades, las privaciones económicas o las emergencias medioambientales, lo cual refleja a la vez la insuficiencia de las inversiones en desarrollo rural y la deficiente gestión de los recursos²⁴.

La experiencia urbana de los jóvenes simultáneamente les ofrece oportunidades y los expone a riesgos. En cada uno de los aspectos de sus vidas, los adolescentes migrantes siguen siendo un grupo sumamente vulnerable y a menudo inaccesible.

Los jóvenes tal vez se desplacen con sus familias o por cuenta propia, en busca de trabajo o de educación. La información sobre las razones por las cuales migran los adolescentes es muy escasa y es mucho lo que debe inferirse a partir de otros datos. Por ejemplo, los datos obtenidos en el Togo correspondientes a 1998 indican que un 34% de las niñas de 10 a 14 años de edad vivían en ciudades, en comparación con el 28% de los niños varones y que las diferencias aumentaban para el grupo de 15 a 19 años de edad: 44% las niñas y 34% los varones²⁵. Esto sugiere que en las ciudades en el Togo ofrecen—o parecen ofrecer—mejores oportunidades educacionales y económicas para las niñas (Cuadro 1). Se registraron patrones similares en Bolivia y Filipinas.

La experiencia de los migrantes desde zonas rurales hacia las ciudades varía considerablemente. En muchos países en desarrollo,

Cuadro 1: Porcentaje de adolescentes que viven en ciudades, desglosados por sexo y por edades, países seleccionados

	Niñas		Varones	
	10-14	15-19	10-14	15-19
Chad (1996-1997)	22	23	23	29
Togo (1998)	34	44	28	34
Bolivia (1998)	61	75	60	69
Nicaragua (1998)	58	62	55	60
Filipinas (1998)	45	57	45	51
Kirguistán (1997)	26	29	25	26

Fuente: *The Population Council*.

4 TRABAJO CON JÓVENES QUE VIVEN EN LAS CALLES El grupo El Caracol en México trabaja con niños de la calle de 15 a 23 años de edad. Los educadores callejeros entablan relaciones con los jóvenes; les enseñan acerca del VIH/SIDA, las toxicomanías y otros problemas sanitarios y sociales; y después colaboran con los jóvenes para determinar cuáles son sus necesidades. El Caracol dirige un restaurante, una imprenta y una granja para cría de conejos, donde los jóvenes trabajan como pasantes y aprendices. Un programa de transición proporciona considerable libertad y responsabilidad. El personal trabaja con los jóvenes para que estos creen nuevas identidades, ayudándolos a abandonar la autodefinición de “niños de la calle”.

En Nepal, el Plan de Bienestar de la Infancia trabaja en la zona de tugurios de Pokhara y proporciona a los niños de la calle una clínica y un centro de enseñanza de oficios y reintegración. Comenzó en 2002 con ex toxicómanos y niñas que habían sido objeto de trata. Los estudiantes reciben enseñanza de oficios durante tres años y también estudian matemáticas, ciencias, inglés y nepalí. El programa fomenta la autoestima, ofrece capacitación en primeros auxilios y bienestar social para que los jóvenes de la calle adquieran independencia y proporciona servicios constantes de asesoramiento psicosocial a los jóvenes que han experimentado traumas psicológicos.

las tareas domésticas son una de las principales fuentes de ingresos para las niñas y los jóvenes en zonas urbanas. En Bangladesh, las labores textiles en las ciudades han ofrecido a los jóvenes migrantes oportunidades insólitas de obtener ingresos, ahorrar para su dote y aplazar el matrimonio; en su mayoría, sus experiencias han sido muy positivas²⁶. En cambio, en Nigeria los jóvenes aprendices de sastre son muy vulnerables al abuso sexual debido a su posición subordinada en el trabajo y su separación de sus familias²⁷.

Con frecuencia, los jóvenes migran a las ciudades o al extranjero para vivir con las familias de sus esposos. Tal vez no se trate de una opción libre, especialmente cuando la mujer es pobre o huérfana²⁸.

En Tailandia, las personas de 15 a 19 años de edad constituyen la mayor proporción de los migrantes; manifiestan que tropiezan con dificultades en las ciudades, pues cuentan con pocos adultos que puedan ayudarlas con sus problemas²⁹.

Un estudio sobre migrantes internacionales que regresan a México de los Estados Unidos (donde, según se estima, trabajan 8 millones de mexicanos) comprobó que un 24% de ellos eran menores de 25 años³⁰. Un 80% de esos jóvenes encontraron trabajo en los Estados Unidos; en el grupo de 12 a 17 años de edad, casi todos en la industria o los servicios.

LOS NIÑOS Y LA GUERRA En el decenio de 1990, debido a los conflictos perdieron la vida casi dos millones de niños y seis millones resultaron gravemente lesionados o permanentemente discapacitados³¹. En 2000, según se estima, 300.000 niños soldados participaron en 30 conflictos en todo el mundo³².

Cada día hay 5.000 niños que pasan a ser refugiados y de cada 230 habitantes del mundo, uno es un niño o un adolescente obligado a huir de su hogar³³. Después de más de dos decenios de guerra en el Afganistán, centenares de miles de adolescentes están refugiados en

el Pakistán; la pobreza de la familia y la falta de acceso a la educación han impulsado a esos jóvenes a trabajar como tejedores de alfombras, recolectores de basuras, obreros en fábricas de ladrillos, sirvientes domésticos, e incluso vendedores de drogas³⁴.

En 1998, en la República Democrática del Congo y en el Afganistán, niños de 13 y más años de edad fueron reclutados por la fuerza para el servicio militar³⁵. En 1999, las fuerzas armadas de Angola rodearon y capturaron a grupos de jóvenes en los mercados callejeros. En Myanmar, se informa de que el ejército ha impuesto la conscripción forzada de niños menores en las escuelas. En El Salvador, Etiopía y Uganda, una tercera parte de todos los niños soldados eran niñas.

Educación y empleo

Las oportunidades de educación y empleo tienen efectos directos, además de importantes efectos indirectos, sobre la calidad de la vida, inclusive la salud y las perspectivas de desarrollo. Son particularmente importantes para los derechos y la salud sexual y reproductiva de las adolescentes. Tanto la educación como las oportunidades de empleo posibilitan que las niñas y las jóvenes obtengan conocimientos, se comprendan a sí mismas, adquieran autoestima y aptitudes y obtengan un ingreso; también ofrecen la oportunidad de entablar relaciones con otros jóvenes y con adultos fuera de sus familias, fuentes de información potencialmente importantes³⁶ que pueden abrir nuevas oportunidades, distintas del matrimonio temprano y la procreación precoz.

ESCOLARIDAD Y DISPARIDADES DE GÉNERO Los jóvenes, en su mayoría, tienen algún grado de acceso a las oportunidades de recibir educación, pero la situación es muy desigual: actualmente, hay 115 millones de niños que no asisten a la escuela primaria y de ellos, un 57% son niñas³⁷. En los países en desarrollo, hay 57 millones de jóvenes varones y 96 millones de jóvenes mujeres de entre 15 y 24 años de edad que no saben leer ni escribir³⁸. El analfabetismo excluye a los jóvenes de una amplia gama de oportunidades.

No obstante, hay algunos aspectos favorables. Según la UNESCO, en todas las regiones las niñas y las mujeres están obteniendo cada vez mayor acceso a la educación y acortando las distancias que las separan de los niños varones y los hombres³⁹. La Iniciativa de las Naciones Unidas para la Educación de las Niñas, emprendida en abril de 2000, trata de acelerar el adelanto educacional coordinando y focalizando los recursos financieros y no financieros de múltiples organizaciones, inclusive gobiernos, ONG y organismos de las Naciones Unidas, a fin de crear una vasta campaña de promoción para la educación de las niñas y proporcionar apoyo a los países que lo solicitan. Unos 90 países se están encaminando a satisfacer las metas mundiales en cuanto a eliminar la desigualdad de género en la educación primaria antes de 2015⁴⁰.

No obstante, en tiempos de conflicto, crisis social y desastres naturales, aumentan las cantidades de niños que no asisten a la escuela⁴¹. Han disminuido las discrepancias en la educación posterior a la primaria, pero en muchos países pobres siguen siendo apreciables. En algunos países, las tasas de abandono de los niños varones

5

SIERRA LEONA: LA RECONSTRUCCIÓN POSTERIOR A LA GUERRA Y

LOS ADOLESCENTES Varios años después de la guerra civil en Sierra Leona, hay aún innumerables jóvenes y adolescentes, especialmente niñas, empobrecidos, huérfanos y con frecuencia sexualmente explotados y excluidos de las acciones de reconstrucción, según una investigación realizada en 2002 en que la Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados empleó adolescentes como principales investigadores y encuestados.

Durante el conflicto, finalizado en 1999, los jóvenes que combatían en facciones antagónicas pasaron a ser a la vez perpetradores y víctimas de la violencia. Los caudillos prometieron a los jóvenes que se alistaban en las fuerzas militares una porción de los recursos de diamantes de Sierra Leona, pero posteriormente denegaron la paga prometida a los soldados adolescentes e infringieron continuamente sus derechos humanos. Al comenzar la reconstrucción posterior a la guerra, se excluyó a los adolescentes de la formulación de políticas, con lo cual quedaron desempleados, sin educación y sin acceso a la atención médica.

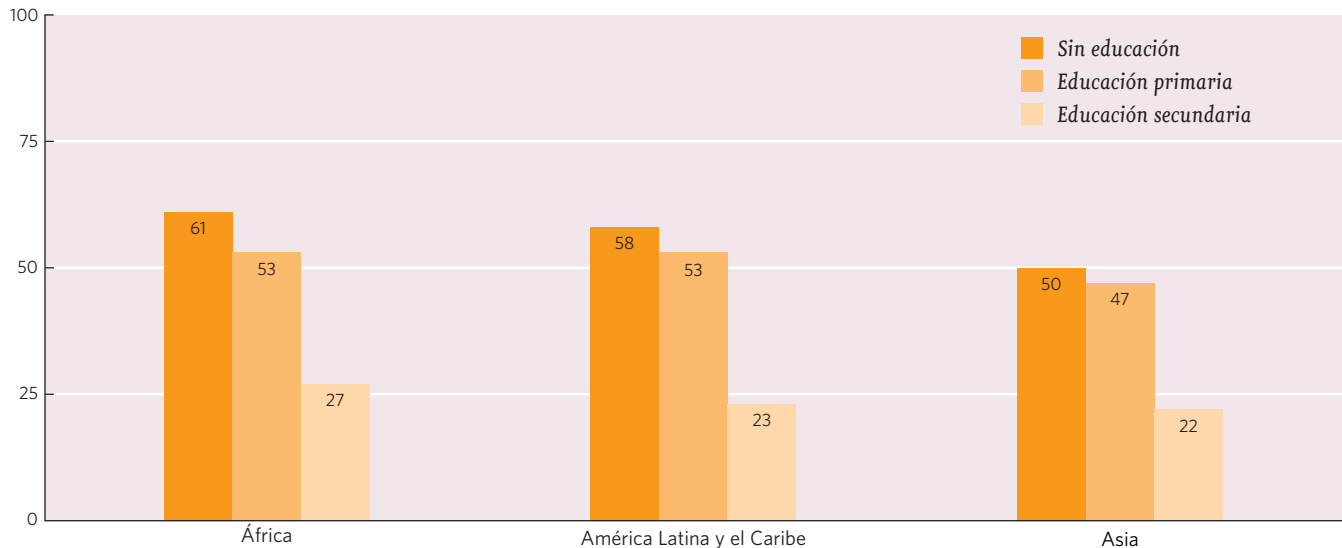
Sierra Leona carece de clínicas costeables y acogedoras para los jóvenes y la educación sobre salud es inalcanzable para la mayoría de ellos. Muchos jóvenes expresan que no creen en las infecciones de transmisión sexual ni en el VIH/SIDA.

Muchos adolescentes huérfanos participan en actividades delictivas, en la vida en las calles y en el uso de drogas. Con frecuencia, las niñas y las jóvenes son obligadas a contraer matrimonio precozmente o recurren a la industria del sexo, debido a presiones económicas o de sus progenitores, lo cual las sujeta más a traumas físicos, mentales y sexuales—y al riesgo de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA—, como ocurrió durante la guerra, cuando la violación era común. Las recientes iniciativas para contrarrestar la violencia por motivos de género no se han puesto en práctica ni entraron en vigor. La desconfianza de los adolescentes con respecto a los adultos y al Gobierno, sumada a la exclusión de los jóvenes por los adultos en las tareas de reconstrucción, ha obstaculizado el proceso de integración y mantenimiento de la paz.

Diversos organismos de bienestar de la infancia ofrecen asistencia a la reconstrucción de Sierra Leona y protegen los derechos del niño, pero su apoyo es fragmentario y suele haber competición para obtener recursos destinados a la asistencia a grupos vulnerables. Los múltiples departamentos gubernamentales que se ocupan de diferentes aspectos del bienestar de los niños no están coordinados entre sí. Las organizaciones de jóvenes carecen de recursos para avanzar hacia la formulación de políticas.

El estudio conducido por los jóvenes recomendó la introducción de cambios en las políticas y los marcos jurídicos nacionales, a fin de proteger mejor a los niños, los adolescentes y los jóvenes, involucrando al mismo tiempo a los jóvenes en la formulación de políticas, su aplicación y su puesta en práctica. El estudio menciona la preocupación primordial de los adolescentes por la falta de educación y exhorta a que se preste mayor atención a la educación y la enseñanza de oficios; destaca que la igualdad de género y los servicios de salud reproductiva son imprescindibles y exhorta a adoptar medidas para reducir la violencia sexual y física y proporcionar a las mujeres oportunidades educacionales.

Gráfico 3: Porcentaje de mujeres que han dado a luz antes de cumplir 20 años, por nivel de educación



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas

superan las de las niñas y ha disminuido la matriculación de niños varones. Los reveses económicos y el estancamiento de las economías pueden obstaculizar el progreso.

En muchos países en desarrollo, menos de la mitad de todos los niños siguen estudiando y llegan a la escuela secundaria. Las estadísticas educacionales muestran una pronunciada disminución en la escolarización de las niñas después de la escuela primaria⁴². Al llegar a los 18 años, en promedio, las niñas han recibido 4,4 años menos de educación que los varones⁴³.

Los maestros tal vez contribuyan, consciente o inconscientemente, al problema. Por ejemplo, las investigaciones realizadas en Kenya han mostrado que los maestros socavan la confianza de las niñas en el aula, contribuyendo a que ellas piensen que no deben asistir a la escuela⁴⁴. Los maestros toleran que los varones amedrenten a las niñas y tienen menores expectativas acerca del desempeño académico de éstas. Algunos maestros reconocieron que preferían a los varones y a menudo asignaron a las niñas trabajos serviles, como el barrido del aula, mientras asignaban a los varones tareas académicas.

Con frecuencia se retira a las niñas de la escuela, se las mantiene en el hogar y, en general, ellas tienen sus interacciones mucho más estrechamente reguladas a partir de la menarca, o comienzo de la menstruación⁴⁵. Los datos que vinculan directamente la menarca con el abandono de la escuela son de difícil obtención, pero las pruebas antropológicas son abundantes. De la India meridional, pasando por México, hasta Egipto, se vigila estrechamente a las niñas y se restringe sustancialmente su movilidad, pues se considera que son vulnerables al embarazo prematrimonial, el cual infringe las normas sociales⁴⁶.

Una edad temprana al contraer matrimonio por primera vez y al dar a luz es más común entre las jóvenes que tienen menos educación⁴⁷.

Las tasas de fecundidad disminuyen a medida que aumenta el nivel educacional. Las mayores diferencias dentro de una misma

región ocurren en África, el Asia occidental y América Latina y el Caribe, donde las mujeres que tienen educación secundaria o superior tienen en promedio tres hijos menos que las que carecen de educación. A medida que va disminuyendo el tamaño total de la familia, esas diferencias se hacen menos evidentes.

LOS JÓVENES Y EL EMPLEO En todo el mundo, se estima que en 2000 había 352 millones de niños de entre 5 y 17 años de edad económicamente activos y que de ellos, más de 246 millones trabajaban ilegalmente y casi 171 millones, en condiciones peligrosas⁴⁸.

Pese a las leyes que prohíben el trabajo infantil, aproximadamente 186 millones de niños menores de 15 años de edad estaban trabajando en 2000⁴⁹. Esto incluía 138 millones de niños de entre 10 y 14 años de edad—aproximadamente, uno de cada cuatro—, que mayormente realizaban tareas no agrícolas⁵⁰. En Asia se registra el número más alto de trabajadores menores de 15 años, 127,3 millones, y le siguen el África al Sur del Sahara con 48 millones, y América Latina y el Caribe, con 17,4 millones⁵¹.

Según se estima, de los adolescentes de 15 a 17 años de edad, 141 millones, o el 42%, trabajaban en el año 2000⁵².

Las tasas de desempleo entre los jóvenes son altas—56% en Sudáfrica, 34% en Jamaica—y casi en todos los países, al menos el doble del promedio para adultos⁵³. En muchos países en desarrollo, la discriminación por motivos de género en la educación y las oportunidades de empleo redundan en más altas tasas de desempleo entre las mujeres jóvenes⁵⁴. La falta de educación limita las perspectivas de empleo de muchos jóvenes, especialmente de las mujeres, y los confina en tareas mal remuneradas y a menudo sujetas a riesgos, en el servicio doméstico, en tareas agrícolas o en fábricas.

COMBINACIÓN DEL TRABAJO Y LA EDUCACIÓN De los niños adolescentes económicamente activos, la mitad trabaja a jornada completa y la mitad combina el trabajo con la escuela⁵⁶. Muchos

jóvenes consideran que el trabajo es menos un obstáculo a su educación o un riesgo para su salud y seguridad, que una estrategia positiva de supervivencia para sí mismos y sus familias, un medio de obtener recursos para el futuro y una entrada hacia la adultez responsable. El trabajo puede dotar a las mujeres de sus propios recursos y ampliar sus opciones en cuanto a la oportunidad del matrimonio y la elección de su futuro esposo.

Escasean mucho las investigaciones sobre los efectos de combinar el trabajo y la educación sobre los ingresos y las oportunidades de vida en el futuro. Un estudio realizado en el Brasil comprobó efectos desiguales. Un comienzo temprano en algunas ocupaciones, como las construcciones civiles, las artesanías o las actividades comerciales, realizaba las perspectivas a largo plazo de los jóvenes varones, pero por lo general el comienzo temprano reducía el ingreso futuro, debido primordialmente a que el trabajo obstaculizaba la educación. Había algunos beneficios en el caso de las niñas empleadas domésticas, pero sus oportunidades quedaban muy limitadas⁵⁷. A medida que pasaban a ser más estrictos los conocimientos prácticos necesarios para ocupar empleos mejor remunerados, las compensaciones recíprocas pueden ser más difíciles. Además, las jóvenes que

comienzan a trabajar en la adolescencia tienen mayor cantidad de hijos, más tarde⁵⁸.

Otra preocupación en cuestiones normativas surge de la gran cantidad de adolescentes que no trabajan, ni asisten a la escuela, ni están casados. Las circunstancias de esos jóvenes varones y mujeres son de difícil determinación y es difícil llegar a ellos. Por ejemplo, en el Pakistán, un 12% de los varones de 10 a 14 años de edad no trabajan, ni asisten a la escuela, ni están casados, y esta proporción aumenta hasta el 15% entre los que tienen de 15 a 19 años de edad. Entre las niñas, un 30% de las que tienen de 10 a 14 años de edad y más del 45% de las que tienen entre 15 y 19 años están “haciendo nada”⁵⁹.

Asegurar un futuro mejor: Inversiones en la juventud

La participación de los adolescentes en el desarrollo social es una tarea que aún no han encarado la mayoría de los países. Los grandes cambios sociales están alargando el lapso entre la madurez física y la aceptación de papeles sociales de adultos. Las instituciones sociales deben adaptarse para ofrecer a los adolescentes una plena participación, pues en muchos ámbitos ellos han dado pruebas de que son dinámicos agentes de cambio.

No es posible hacer caso omiso de la adolescencia, ni considerarla como “un momento intermedio”. Las opciones que efectúan los jóvenes, los objetivos que se plantean y las oportunidades que se les ofrecen no son meramente preparatorios: constituyen una parte significativa e importante de sus vidas. Las opciones que efectúen los jóvenes pueden ubicarlos en derroteros que pueden beneficiarlos o perjudicarlos, tanto a ellos, como a sus familias y a sus comunidades. No obstante, se ofrecen a los adolescentes insuficiente información, pocas oportunidades y recursos y escaso apoyo para que se orienten en sus opciones.

En muchos casos, se dispone de marcos jurídicos y disposiciones e iniciativas para proporcionar a los jóvenes servicios esenciales, como orientación para el empleo, educación y atención de la salud, inclusive servicios de salud reproductiva e información al respecto. Con más frecuencia, el problema reside en que no se aplican las políticas y no en que no se las formula.

Las inversiones en los adolescentes deben ser estratégicas. Las utilidades serán copiosas (véase el Capítulo 7). Las inversiones insuficientes restringen las oportunidades y exponen a los jóvenes a riesgos innecesarios. Las privaciones de diferentes tipos se refuerzan mutuamente.

Por otra parte, las inversiones en la salud, la educación y el empleo de los jóvenes, la promoción de su inclusión social y política y la reducción de los riesgos a que están expuestos, también tiene efectos de refuerzo y promoción de una amplia gama de derechos humanos y objetivos de desarrollo. Éste es, por cierto, el caso de las inversiones para prevenir el matrimonio demasiado temprano y ayudar a los adolescentes a evitar el embarazo precoz y no deseado, las relaciones sexuales bajo coacción, el alumbramiento en malas condiciones y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

En este informe se ofrecen ejemplos de estrategias que dan buenos resultados como un punto inicial para la reflexión, la adaptación y la mejora.

Cuadro 2. Porcentaje de adolescentes empleados en 2000, por edad, sexo y región⁵⁵

Región	Niñas		Varones	
	10-14	15-19	10-14	15-19
África oriental	35	62	38	66
África central	26	53	29	60
África septentrional	6	21	11	41
África meridional	2	35	3	40
África occidental	21	44	31	60
Caribe	7	23	13	39
Centroamérica	4	30	9	54
América del Sur	7	34	11	55
Asia oriental	0	49	7	51
Asia sudoriental	9	43	10	47
Asia centromeridional	13	35	14	52
Asia occidental	4	25	5	41
Australia-Nueva Zelanda	0	52	0	53
Europa—Total	0	25	0	30
Europa occidental	0	23	0	27
Europa meridional	0	23	0	29
Europa septentrional	0	41	0	44
Europa oriental	0	23	0	27
Melanesia	13	49	17	59
América del Norte	0	38	0	41

Fuente: Organización Internacional del Trabajo

Cuadro 3. Consecuencias de efectuar inversiones insuficientes en los adolescentes

Consecuencias de las inversiones insuficientes en salud reproductiva y derechos reproductivos y de desarrollo de los adolescentes

Consecuencias sobre la salud reproductiva	Factores contribuyentes	Consecuencias para el adolescente	Consecuencias para las familias, la sociedad y el desarrollo nacional
<p>Embarazo y alumbramiento precoz</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Matrimonio precoz ▪ Pobreza (motiva el embarazo y el matrimonio precoces para lograr seguridad económica y personal) ▪ Discriminación por motivos de género/ baja valoración de las niñas/bajo sentido de identidad y control/condición social basada en papeles como esposas y madres; baja autoestima ▪ Falta de información, educación, asesoramiento y servicios de prevención; falta de información acerca de los riesgos del embarazo a edad temprana ▪ Incapacidad para negociar el uso de anticonceptivos, las decisiones sobre la fecundidad o el aplazamiento del embarazo, debido a expectativas socioculturales correspondientes al género y la edad ▪ Carencia de derechos reproductivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Riesgos de complicaciones del embarazo (parto obstruido, fístula obstétrica, anemia/hemorragia, muerte) ▪ Abandono escolar ▪ Menores opciones en el empleo y la obtención de ingresos ▪ Pobreza ▪ Responsabilidades, excesivas presiones para procrear mucho antes de llegar al desarrollo socioeconómico y psicológico. ▪ Restricción del potencial para el propio desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayores tasas de morbilidad y mortalidad de recién nacidos y madres ▪ Mayores costos para la atención de la salud ▪ Mayores costos de bienestar social, especialmente en el caso de madres solteras ▪ Abandono de los recién nacidos ▪ Menores perspectivas de erradicar la pobreza (dado que el nivel educacional de la madre es un factor fundamental para quebrar la transmisión de la pobreza entre las generaciones) ▪ Menor capital humano capacitado para el desarrollo económico y social; fuerza laboral menos capacitada, menores ingresos ▪ Aumento de la dependencia de las jóvenes madres con respecto a los hombres que las mantienen (aun cuando sean abusivos), a consecuencia de la persistente desigualdad de género y la falta de facultades de la mujer ▪ Mayor impulso de aumento de la población; menor dividendo demográfico
<p>Embarazo no deseado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carencia de derechos reproductivos ▪ Reducido acceso a información, educación, asesoramiento y servicios ▪ Mitos y nociones erróneas acerca del embarazo y la seguridad de los anticonceptivos ▪ Relaciones de género; “el embarazo es responsabilidad de la mujer”; ausencia de responsabilidad masculina por la prevención o las consecuencias del embarazo; estereotipos de género; las niñas carecen de aptitudes para negociar y afirmarse a sí mismas; se espera de las niñas que sean sumisas e ignorantes ▪ Violencia sexual ▪ Relaciones sexuales forzadas y embarazo forzado como armas de guerra ▪ Pobreza (menos años de escolarización o más años sin asistir a la escuela; menos acceso a la información y los servicios, o a la educación sobre la sexualidad; menor información de las niñas acerca de sus cuerpos) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recurso al aborto, incluso el realizado en malas condiciones (con altos riesgos de morbilidad y mortalidad materna) ▪ Maternidad de mujeres solteras y maternidad precoz ▪ Número de hijos superior al que desean los cónyuges ▪ Menores oportunidades de autodesarrollo y de crear las aptitudes para quebrar el ciclo de pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menores inversiones en las necesidades y el desarrollo de los niños ▪ Refuerzo de la desigualdad de género, pérdida de las oportunidades socioeconómicas y falta de potencial para el pleno desarrollo de la mujer ▪ Mayor impulso para el aumento de la población

Consecuencias de las inversiones insuficientes en salud reproductiva y derechos reproductivos y de desarrollo de los adolescentes

Consecuencias sobre la salud reproductiva	Factores contribuyentes	Consecuencias para el adolescente	Consecuencias para las familias, la sociedad y el desarrollo nacional
Abuso sexual, violencia sexual y explotación sexual	<ul style="list-style-type: none"> Los niños y los adolescentes, especialmente las niñas, sujetos a abuso sexual e incesto; se mantiene el silencio debido al temor, la falta de educación, la marginación, la falta de protección y las normas y tabúes sociales Pobreza (falsas promesas de aumento del propio ingreso y el de las familias) La trata y la esclavitud sexuales como actividades lucrativas; limitada aplicación de las leyes, corrupción, etc; falta de protección para las niñas en situación de riesgo o ya esclavizadas Situaciones de conflicto y posteriores a conflictos (aumento del abuso sexual y la violación debido a la fragmentación de la trama social y familiar) Baja condición social de las niñas y los jóvenes; baja autoestima; poder masculino y legitimidad sociocultural de la violencia sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Traumas psicológicos, físicos y emocionales Embarazo no deseado, aborto realizado en malas condiciones, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA Menor capacidad para establecer relaciones de confianza, intimidad y sexuales; mayores probabilidades de repetición de relaciones abusivas Menor libertad, vida sujeta a temor y violencia, incluida la restricción a la libertad de movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Persistencia de la violencia por motivos de género y el abuso sexual de los niños y los adolescentes (infringiendo los valores universales y los derechos humanos relativos al respeto por la dignidad humana, la integridad personal y física, la libertad, la autonomía y los derechos reproductivos fundamentales) Refuerzo de la aceptabilidad de la violencia Menor nivel educacional, mayor ausentismo del trabajo y menor productividad y pérdida de ingresos para los empleadores Mayores tasas de delincuencia, menor imperio de la ley, mayor corrupción (debido a la trata de personas con fines sexuales) Depresión Menor adelanto en la lucha contra el VIH/SIDA
Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> Falta de información sobre los medios para que las relaciones sexuales sean menos riesgosas Discriminación de género/falta de facultades para adoptar decisiones Falta de acceso a métodos de protección Abuso sexual, violencia y explotación sexuales Pobreza (conducente a relaciones sexuales transaccionales o intergeneracionales) Múltiples parejas sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> Muerte prematura o menor potencial para el autodesarrollo Discriminación y estigma Mayor pobreza Infecundidad Cáncer cervical y otras secuelas de algunas infecciones no letales Orfandad 	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de productividad e inversiones Desesperanza y anomia Fracaso de los sistemas agrícolas, de salud, de educación y de otro tipo; Perturbación de los sistemas sociales y económicos Sobrecarga del sistema de atención de la salud Destrucción de las redes familiares
Subempleo	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente creación de empleos Bajas aptitudes empresariales Exclusión socioeconómica Discriminación por motivos de género en el empleo y la remuneración y falta de reconocimiento del trabajo 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de conocimientos prácticos y aptitudes Explotación riesgosa Trabajo infantil y explotación sexual, relaciones sexuales transaccionales Pobreza 	<ul style="list-style-type: none"> Perjuicio a la estabilidad y la seguridad nacionales Reducción del crecimiento económico y el desarrollo social Aumento de la marginación Poca movilidad social Deficiente salud, nutrición y educación
Baja participación civil y social	<ul style="list-style-type: none"> Falta de instituciones y ámbitos que incluyan a los jóvenes Restricciones a la movilidad de las niñas y segregación por género Exclusión social y política 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de oportunidades para participar y expresar las propias preocupaciones Incapacidad para utilizar las instituciones democráticas 	<ul style="list-style-type: none"> Jóvenes marginados como fuentes de intranquilidad civil Falta de contribución de los jóvenes a la formulación de políticas y programas Falta de tolerancia social y política

Nota: Los temas indicados en letras negritas corresponden a los temas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

RECONOCIMIENTO DE “LAS FACULTADES EN EVOLUCIÓN” DE LOS

ADOLESCENTES La Convención sobre los Derechos del Niño detalla la responsabilidad de los gobiernos en cuanto a garantizar los derechos de todos los niños hasta los 18 años de edad, inclusive el derecho a la privacidad (artículo 16), y a la información “sin consideración de fronteras” (artículo 13). La Convención ha sido ratificada por todos los países del mundo, salvo tres (Estados Unidos de América, Somalia y Timor-Leste).

La Convención también reconoce que la capacidad de un niño para adoptar decisiones importantes, incluso las relativas a su salud, aumenta con la edad y la experiencia. En el artí-

culo 5 se exhorta a los gobiernos a respetar los derechos y deberes de los progenitores, los tutores y las familias ampliadas o las comunidades (cuando así lo establecen las costumbres locales) en cuanto a orientar y conducir a los niños en el ejercicio de sus derechos “en consonancia con la evolución de sus facultades”.

De manera similar, en la CIPD se señaló la necesidad de equilibrar las responsabilidades y los derechos de los progenitores o tutores con las “facultades en desarrollo” de los “adolescentes” (un término no presente en la Convención pero utilizado en todo el Programa de Acción de la CIPD).

“Los niños que no han llegado a la edad de razón [Nota: éste es un término jurídico que

denota falta de capacidad civil o minoridad] tienen derecho a la protección y la orientación que pueden proporcionar padres, madres o tutores”, dicen los juristas Rebecca Cook y Bernard Dickens. Pero el concepto de “facultades en evolución” también entraña creciente autonomía. Esos autores aducen que las políticas “que tratan a adultos competentes como si fueran menores de edad pueden transformarse en insultantes y despectivas”. Las leyes ostensiblemente formuladas para proteger a los adolescentes, por ejemplo, denegándoles acceso a los anticonceptivos cuando no hay consentimiento de los progenitores, pueden perjudicar su salud y también infringir la Convención y otros tratados de derechos humanos.



2 desigualdad de género y salud reproductiva

Para muchos millones de jóvenes, la adolescencia es un momento de crítica transición en que van adquiriendo experiencia para la vida por conducto de la escuela, la capacitación para el empleo, las oportunidades de trabajo, las actividades comunitarias, los grupos de jóvenes y las relaciones con otros jóvenes. Entre ellos, la mayoría también tiene sus primeras experiencias sexuales durante la adolescencia.

Los adolescentes aprenden además cuáles son las normas sociales y de género en vigor en sus comunidades; de esas normas, algunas protegen la salud y los derechos de los jóvenes y otras, no. Tales normas colocan a las niñas frente a situaciones especiales, como restricciones a su independencia y movilidad, desigualdad en las oportunidades de educación y empleo, presión para contraer matrimonio cuanto antes y comenzar a procrear en la primera juventud y desiguales relaciones de poder que constriñen su posibilidad de controlar sus vidas sexuales y reproductivas.

LA DISCRIMINACIÓN REINA POR DOQUIER En gran parte del mundo, las familias y las sociedades tratan desigualmente a las niñas y los varones, lo cual redundará en una desproporción en el grado en que las niñas están sujetas a privación y falta de oportunidades y menores niveles de inversiones en su salud¹, su nutrición² y su educación³. La discriminación por motivos de género continúa durante la adolescencia y suele ser una característica omnipresente en la adultez.

Las normas de género reinantes en la sociedad también obstaculizan el acceso de las adolescentes a las oportunidades de estudio y empleo. La desigualdad jurídicamente institucionalizada es el aspecto medular de leyes que excluyen a las niñas y las mujeres de la propiedad de la tierra y del acceso al dinero y otros recursos económicos⁴, de modo que quedan trunca las posibilidades de subsanar la discriminación y se crean condiciones propicias a la violencia y la explotación por motivos de género⁵.

Las desiguales relaciones de poder entre mujeres y hombres redundan en la conculcación frecuente de los derechos humanos y los derechos a la salud. Entre los casos más persistentes y perniciosos figuran el matrimonio precoz o en la infancia, la trata de mujeres con fines sexuales, la violencia y la coacción sexuales y el corte genital femenino.

Recientes acuerdos internacionales, cambios en las leyes y políticas nacionales, proyectos de investigación y diversos programas abordan explícitamente la discriminación contra la niña y la mujer y cuestionan los valores subyacentes que perpetúan la desigualdad por motivos de género.

Matrimonio precoz y en la infancia

Pese a la tendencia a contraer matrimonio a mayores edades que se comprueba en varias partes del mundo (véase *infra*), en los países en desarrollo, 82 millones de niñas que actualmente tienen entre 10 y 17 años de edad habrán contraído matrimonio antes de cumplir 18 años⁶. En algunos países, la mayoría de las niñas ya están casadas antes de cumplir 18 años; los porcentajes son: 60% en Nepal, 76% en el Níger y 50% en la India⁷.

Entre los factores que perpetúan el matrimonio precoz cabe mencionar la pobreza, el deseo de los progenitores de asegurar que las relaciones sexuales se limiten a la pareja conyugal, la ausencia de oportunidades educacionales o de empleo para las niñas, la costumbre de la dote y la idea de que lo más importante para las niñas es su destino como esposas y madres. Las niñas que quedan embarazadas tal vez sean objeto de presiones extremas por parte de las familias y las comunidades para que contraigan matrimonio.

7

DERECHOS DENEGADOS POR EL MATRIMONIO PRECOZ O EL MATRIMONIO EN LA INFANCIA

El matrimonio precoz de la niña infringe varios derechos garantizados por la Convención sobre los Derechos del Niño:

- El derecho a la educación (Artículo 28).
- El derecho a estar protegida contra todas las formas de violencia física o mental, lesión o abuso, incluido el abuso sexual (Artículo 19) y contra todas las formas de explotación sexual (Artículo 34).
- El derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud (Artículo 24).
- El derecho a recibir información y orientación educacional y profesional (Artículo 28).
- El derecho a procurar, recibir e impartir información e ideas (Artículo 13).
- El derecho al descanso y el esparcimiento y a la libre participación en la vida cultural (Artículo 31).
- El derecho a no ser separada contra su voluntad de sus progenitores (Artículo 9).
- El derecho a la protección contra todas las formas de explotación que afectan cualquier aspecto del bienestar de la niña (Artículo 36).

La edad en que las personas contraen matrimonio en una determinada cultura refleja la manera en que se organiza la vida en familia y las oportunidades de que disponen los jóvenes, tanto varones como mujeres, al asumir sus responsabilidades en tanto adultos⁸.

El matrimonio precoz infringe varios derechos humanos de la niña (véase el recuadro 7) y acrecienta en gran medida los riesgos que corre su salud y las oportunidades de que dispone desde su más corta edad.

VA EN AUMENTO LA EDAD AL CONTRAER MATRIMONIO En los últimos 30 años, ha disminuido considerablemente la proporción de matrimonios en que la mujer tiene menos de 20 años de edad⁹. La reducción ha sido mayor en África: más del 0,75% anual. También han sido notables, aunque de menor magnitud, las disminuciones en el Asia meridional y sudoriental y en la región de los Estados árabes: más del 0,5% anual.

Si bien la iniciación de las relaciones sexuales y el matrimonio suelen ocurrir más tempranamente entre las mujeres con menor nivel educacional¹⁰, los aumentos en la matriculación escolar sólo explican una pequeña parte del aumento documentado en las edades al contraer matrimonio. Otros factores contribuyentes son la disminución del número de matrimonios concertados, los cambios en las leyes matrimoniales¹¹, los aumentos en la urbanización y las cambiantes normas acerca de las presuntas ventajas del matrimonio precoz.

AUMENTO DE LA EDAD DE LOS HOMBRES AL CONTRAER MATRIMONIO Las diferencias de edad entre hombres y mujeres al contraer matrimonio (así como la manera en que se decide el matrimonio y el tipo de unión) pueden afectar pronunciadamente el equilibrio de poder entre los cónyuges y el grado de cercanía conyugal. Los hombres se casan mucho más tarde en sus vidas que las mujeres¹²; sólo en el África central y en el Asia centromeridional, la proporción de jóvenes varones de 15 a 19 años de edad que ya están casados supera el 5%¹³. En los países desarrollados, la proporción de varones de esas edades que ya están casados es inferior al 1%¹⁴. En cambio, en África al Sur del Sahara y en el Asia centromeridional, más de la cuarta parte de los jóvenes de 15 a 19 años de edad—y en algunos países, más de la mitad¹⁵—ya están casadas.

En todas las subregiones del mundo en desarrollo, al llegar al tramo de 20 a 24 años de edad ya han contraído matrimonio entre el 9% y el 40% de los hombres, en comparación con entre el 24% y el 75% de las mujeres del mismo grupo de edades¹⁶. En varias subregiones de África y Asia, más de un 65% de las mujeres de entre 20 y 24 años de edad ya están casadas¹⁷.

Las diferencias de edad entre cónyuges varían de una región a otra; la diferencia más pequeña—menos de 3 años—se registra en América Latina, en la mayor parte de Oceanía y en las regiones más desarrolladas. En África al Sur del Sahara se registran diferencias superiores a 6 años. Cuanto más joven sea la niña, tanto mayor ha de ser probablemente la diferencia de edades; en 16 países de África al Sur del Sahara, los esposos de niñas adolescentes de entre 15 y 19 años de edad son, en promedio, al menos 10 años mayores¹⁸. Esas diferencias en las edades reflejan expectativas acerca de la

8

ADOLESCENTES AFGANOS EXPRESAN SU OPINIÓN CONTRARIA AL MATRIMONIO PRECOZ

Después de un foro realizado en el Afganistán en el Día Mundial de la Población 2003, varias adolescentes expresaron su opinión en favor de aplazar el matrimonio y continuar su educación. Zohal, de 16 años de edad, dijo: “Si mi padre y mi madre trataran de obligarme a contraer matrimonio, yo me negaría”, mientras los demás estudiantes asentían en silencio. Los adolescentes afganos habían oído a líderes gubernamentales cuando estos afirmaron que el matrimonio precoz cancela las perspectivas educacionales de las niñas y pone en peligro su salud. Esa franca expresión de opiniones es infrecuente en un país donde reinan fuertes tradiciones conservadoras, las hijas traen al matrimonio su dote y el embarazo precoz contribuye a tasas enormemente altas de mortalidad materna.

Zohal quiere cursar estudios universitarios y estudiar economía. Aspira a que todas las niñas afganas asistan a la escuela. Agrega: “Después de 20 años de guerra, nuestro país tiene muchos problemas. Necesitamos buenos médicos que atiendan a nuestro pueblo. Necesitamos escuelas; en muchas aldeas no las hay. Para el desarrollo del Afganistán es preciso que la gente este alfabetizada. Las niñas deben finalizar sus estudios; ellas tienen derechos humanos”. El Ministro Adjunto de Salud del Afganistán, la Ministra Adjunta de Asuntos de la Mujer, el Director General del Departamento de Alfabetización y el Jefe de Operaciones del UNFPA en el Afganistán, todos destacaron la importancia de la educación de la niña, la protección de su salud y el aplazamiento del matrimonio y la procreación.

capacidad masculina para obtener ingresos, la fecundidad femenina y las relaciones de poder, que favorecen a los hombres en detrimento de las mujeres.

Para muchas niñas, el matrimonio (y su experiencia sexual) comienza en la juventud, con esposos mucho mayores, escogidos para ellas por sus progenitores, y a veces con hombres que las niñas ni siquiera han visto antes del día de la boda.

EDUCACIÓN INTERRUMPIDA En el mundo en desarrollo, las jóvenes que contraen matrimonio en la primera adolescencia quedan privadas de mucho de lo que los jóvenes en otros países tienen asegurado: educación, buena salud y acceso a servicios médicos, oportunidades económicas y derecho a asociarse con otros jóvenes, entre otras cosas. Casi inevitablemente, el matrimonio precoz interrumpe la educación y reduce las oportunidades de independencia futura mediante el trabajo.

Las adolescentes casadas raramente asisten a la escuela (a menudo, debido a la legislación o a las prácticas de las escuelas), y las niñas que no asisten a la escuela, raramente tienen mucho contacto con personas de su edad o ajenas a sus familias¹⁹.

Según investigaciones realizadas en Bangladesh, debido a las expectativas de que los esposos tengan un más alto nivel educacional que sus esposas, los padres y madres quieren evitar una “excesiva educación” de sus hijas, y las retiran de la escuela²⁰. Pero la mayor escolarización contribuye al aplazamiento del matrimonio: por ejemplo, en la India y el Pakistán, la mayor permanencia de las niñas en la escuela ha contribuido directamente a que disminuya la cantidad de matrimonios antes de que cumplan 14 años²¹.

Las consecuencias del matrimonio precoz para la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos son de gran magnitud (véase el Capítulo 4). Aumentan las posibilidades de contagio con infecciones de transmisión sexual y VIH. Por lo general, las adolescentes casadas no están en condiciones de negociar el uso de condones ni de negarse a tener relaciones sexuales y lo más probable es que sus esposos tengan más edad y mayor experiencia sexual, y por ende, más probabilidades que los hombres solteros de estar infectados con el VIH²². En verdad, recientes investigaciones en Kenya y Zambia indican que las adolescentes casadas tienen mayores probabilidades de tener reacción serológica positiva al VIH que las jóvenes solteras²³.

Con frecuencia, las jóvenes casadas no pueden acudir en procura de servicios de salud sin el permiso de sus esposos u otros miembros de su familia; generalmente, carecen de medios independientes de pagar por esos servicios y pueden estar sujetas a períodos de depresión. Además, los esposos y las familias aplican una considerable presión sobre las jóvenes esposas para que éstas queden embarazadas poco después de haber contraído matrimonio, con lo cual aumenta el riesgo de defunción o lesión materna y se obstaculiza la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH mediante el uso sistemático de condones. El alumbramiento precoz a menudo está correlacionado con altas tasas de pobreza, más bajos niveles de educación, menor movilidad y menor número de partos atendidos por personal capacitado²⁴.

Además, la relativa falta de poder de las adolescentes suele ir acompañada de violencia en el matrimonio, la que a su vez está asociada con embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual²⁵. Las novias que aún están en la infancia o la adolescencia tienen muy escasa posibilidad de separarse de cónyuges que las maltratan y muchas viven aisladas y con muy pocas posibilidades de obtener el apoyo social o jurídico necesarios para remediar su situación.

APLAZAMIENTO DEL MATRIMONIO PRECOZ En la mayoría de los países, la persistencia del alumbramiento precoz es una cuestión de

salud pública. Las medidas para aplazar el matrimonio y aumentar la edad en el primer alumbramiento abarcan la aplicación de las leyes existentes, la mayor escolarización y la provisión de capacitación para el empleo.

El Gobierno de Nepal, en colaboración con el UNFPA, ha educado a adultos acerca de los daños que puede causar un matrimonio precoz y ha creado materiales educativos que alientan a los progenitores a aplazar el matrimonio de sus hijas hasta después de cumplir 20 años²⁶. El Gobierno de China se ha esforzado por reducir la cantidad de matrimonios muy precoces concertados por los progenitores²⁷.

Un distrito de Rajasthán (India septentrional) ha emprendido una campaña de educación pública en que se alienta a las familias a prolongar la etapa del compromiso matrimonial— a menudo iniciada cuando las niñas tienen 7 u 8 años de edad—, antes de que se consume el matrimonio y las novias pasen a vivir con sus esposos²⁸. En la India meridional, la ONG *Myrada* ha organizado en una comunidad grupos de niños a fin de abordar el matrimonio en la infancia y el trabajo en condiciones de esclavitud²⁹. En colaboración con padres, madres y otros adultos, los niños pudieron convencer a algunos empresarios de que liberaran a los niños de la servidumbre laboral, y también convencer a los padres y madres de que aplazaran el matrimonio de sus hijas menores de edad.

Otra estrategia para lograr que se aplaze el matrimonio y se amplíen las aptitudes y las opciones en la vida es ofrecer oportunidades para que las niñas prosigan su educación o tengan un empleo remunerado. En Bangladesh, debido a la industria de confección de ropa se ha prolongado el período previo al matrimonio al proporcionar a las jóvenes mujeres los medios de ganarse la vida³⁰. También en Bangladesh, un programa de becas para niñas estudiantes de secundaria que estipula como condición que las niñas deben seguir solteras hasta llegar al examen final del décimo grado, ha tenido tanto éxito que el Gobierno lo ha ampliado y le ha dado alcance nacional³¹. El efecto en cuanto a aplazar el matrimonio fue inmediato³². En las zonas que abarca el proyecto, entre 1994 y 2001 se duplicó con creces la matriculación femenina³³.

Varios estados de la India también han formulado programas de inversión a largo plazo que ofrecen a las jóvenes sumas de dinero u obsequios cuando han completado un cierto nivel de escolarización y siguen siendo solteras³⁴. Y varios países de Europa oriental, así como los Estados del Báltico, experimentaron rápidas disminuciones en las tasas de fecundidad de adolescentes, como resultado del aumento en la matriculación escolar³⁵.

Cambio de normas, arduos retos

En varias regiones del mundo, está aumentando la edad al contraer matrimonio, pero está disminuyendo la edad en que los jóvenes llegan a la madurez sexual³⁶, y en la vida de los jóvenes el comienzo de la actividad sexual es más temprano, con lo cual se alarga el lapso en que corre riesgos la salud de las jóvenes y los jóvenes.

En la mayoría de los ámbitos, las normas sociales de género conforman las primeras experiencias sexuales de varones y mujeres. Las jóvenes a menudo son objeto de presión o coacción para que se avengan a tener comportamientos sexuales riesgosos, mientras que se alienta a los varones a asumir esos riesgos; de modo que es posi-

9

VELAR POR LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES CASADOS

La filial de *Pathfinder* en Bangladesh ha formulado el Programa para Recién Casados, en virtud del cual se apoya a las jóvenes parejas para que planifiquen la procreación, aplacen el primer alumbramiento, espacien sus hijos y acudan en procura de atención prenatal. En una evaluación preliminar se comprobó que las recién casadas raramente salen de su hogar y afirman que después de su casamiento su vida ha empeorado, pues tienen muy poca libertad. En cambio, los jóvenes varones casados tienen acceso a un ámbito social mucho más amplio y pasan gran parte de su tiempo libre fuera del hogar.

Las jóvenes parejas expresaron muchas preocupaciones con respecto a la sexualidad. Señalaron que el personal de los programas tenía gran influencia sobre la adopción de sus decisiones. Es preciso seguir trabajando a fin de reducir las barreras con que tropiezan las jóvenes para recibir servicios de salud e información fuera del hogar conyugal.

ble que los varones esperen que sus compañeras accedan a esas conductas o, de lo contrario, las hagan objeto de intimidación o violencia. Las experiencias sexuales tempranas suelen estar asociadas con otros comportamientos riesgosos, entre ellos el consumo de alcohol y drogas o cigarrillos, particularmente en el caso de los varones.

Para muchas niñas, las primeras experiencias sexuales van acompañadas de coacción³⁷. Cuanto más joven sea la niña y cuanto mayor sea la diferencia de edad entre ella y el varón, tanto mayor será la probabilidad de que se entable una relación de explotación.

En muchas partes del mundo persisten las normas de género desiguales, en que se suele alentar a los jóvenes varones a que amplíen sus experiencias sexuales y, al mismo tiempo, se insta a las jóvenes a abstenerse. En algunos lugares, el equilibrio puede estar muy distorsionado y puede haber demandas muy intensas para que la mujer conserve su castidad y, al mismo tiempo, poca o ninguna exigencia de que los varones hagan gala de autocontrol sexual o traten a sus compañeras con respeto. Esas expectativas diferentes son nocivas para los jóvenes, tanto varones como mujeres, y obstan al establecimiento de relaciones saludables, responsables y equitativas.

Varios estudios realizados en 21 países indican que la primera experiencia sexual de más de un tercio de los adolescentes varones es con una trabajadora del sexo. Los adolescentes sexualmente activos manifiestan que tienen relaciones sexuales con diversas compañeras, entre ellas sus novias, sus conocidas y trabajadoras del sexo³⁸.

Por lo general, las jóvenes mujeres tienen actividad sexual dentro del marco del noviazgo piensan que esas actividades son un medio de fortalecer la relación. Debido a su falta de poder, su temor a la violencia y su noción del “deber conyugal”, muchas jóvenes no pueden hablar con sus esposos acerca de si sus relaciones sexuales son o no oportunas.

Con frecuencia, las desiguales normas de género, inclusive las expectativas de pasividad femenina, reducen la posibilidad de que las jóvenes efectúen opciones racionales acerca de su salud sexual. Otro factor que también puede limitar sus opciones es el temor a perder a su compañero sexual. En estudios realizados en los Estados Unidos se llegó a la conclusión de que entre las niñas abandonadas

después de su iniciación sexual, la depresión resultante es tan intensa como la causada por la muerte de un miembro de la familia³⁹.

En todas las culturas, el comportamiento sexual de los varones refleja y afirma la identidad masculina. Pero los conceptos culturales de identidad varían. Las cambiantes condiciones sociales y culturales (por ejemplo, el mayor nivel de educación, la naturaleza en evolución del trabajo, el acceso a los medios de difusión de masas, la ampliación de los medios de acción de la mujer, las transformaciones de los valores de una generación a otra, el aumento de las uniones no oficializadas, la reducción de los papeles de la familia ampliada, los crecientes costos de la crianza de niños, la urbanización y la migración internacional) están redefiniendo algunos conceptos aceptados de la masculinidad y de las relaciones entre hombres y mujeres, haciendo un mayor hincapié en la responsabilidad.

NOVIAZGO Y RELACIONES Están cambiando los patrones de las relaciones entre jóvenes varones y jóvenes mujeres⁴⁰. Al aumentar la edad en que se contrae matrimonio, aumenta la oportunidad de entablar amistades, noviazgos y relaciones más serias entre jóvenes varones y mujeres. La prevalencia de esas pautas varía en diferentes ámbitos y contextos sociales.

En algunos ámbitos es común, aun cuando irregular, que la mayoría de los jóvenes salgan con parejas, pero el contenido de la relación varía. La intensidad de la relación varía en función de la edad: los estudiantes universitarios suelen entablar relaciones más estrechas. Para la gran mayoría de los jóvenes (particularmente en el Asia oriental y occidental) tales relaciones no incluyen la actividad sexual.

Es frecuente la supervisión de las relaciones de adolescentes por parte de padres y madres, pero hay grandes minorías—con predominio de varones más que de mujeres—que establecen relaciones sin permiso. Investigaciones realizadas recientemente en los Estados Unidos⁴¹ indican que al menos la quinta parte de los jóvenes adolescentes tienen actividad sexual, a menudo a espaldas de sus progenitores. El conocimiento por parte de los adultos de las experiencias sexuales de sus hijos suele ser limitado.

En los ámbitos donde los valores reinantes imponen la abstinencia prematrimonial, hay mayor tendencia a no impartir a los

IO COMPORTAMIENTOS ACORDES CON EL GÉNERO

Las investigaciones realizadas en Sudáfrica mediante “grupos focales” comprobaron que las normas de género limitan el poder de negociación de las jóvenes para protegerse durante los encuentros sexuales. “Las normas sociales dominantes sobre la masculinidad presentaban a los varones como héroes conquistadores y machos que asumían riesgos en cuestiones sexuales”, mientras que las jóvenes mujeres estaban predispuestas a “responder con pasividad o con una fútil resistencia a las embestidas masculinas”.

Las adolescentes tienden a afirmar que la razón por la que tienen actividad sexual es para cimentar una relación con la persona de quien

están enamoradas. Cuando las niñas insisten en el uso de condones, esto puede perturbar la relación. Cuando los jóvenes varones tratan de iniciar relaciones sexuales con las jóvenes, pueden valerse de esa emoción para persuadirlas.

En “grupos focales” realizados en el Senegal, los jóvenes de 14 a 16 años de edad convinieron en que las expectativas acerca de las relaciones se caracterizaban por la falta de respeto. Los varones sospechaban que las niñas estaban interesadas primordialmente en el dinero y otras cuestiones materiales y tanto los varones como las niñas manifestaron que cuando éstas se niegan a tener relaciones sexuales corren riesgo de ser golpeadas o violadas.

El Instituto Promundo de Río de Janeiro investi-

gó los factores que conducen a algunos jóvenes varones a conducirse con las mujeres más correctamente que otros. Los varones partidarios de la “equidad de género” trataban de entablar relaciones sobre la base de la igualdad y la intimidad, y no de la conquista sexual, se oponían a la violencia contra la mujer, querían compartir la responsabilidad en la crianza de los hijos y querían asumir responsabilidad por la salud reproductiva. A raíz de esta investigación, se formuló un programa para promover una masculinidad saludable entre los varones adolescentes, mediante actividades encaminadas a crear conciencia sobre la violencia contra la mujer y promover la buena salud.

jóvenes información sobre salud sexual y reproductiva y a no debatir esas políticas.

COMIENZO PRECOZ DE LA ACTIVIDAD SEXUAL Va en aumento la iniciación sexual fuera del matrimonio, particularmente para los varones. Los adolescentes, tanto varones como niñas, que tienen actividad sexual, suelen comenzar con escasos conocimientos sobre la sexualidad, la salud reproductiva, las prácticas sexuales menos riesgosas o sus derechos individuales a negarse y abstenerse de la actividad sexual.

En Filipinas, el Perú, Tailandia y Viet Nam, los jóvenes, tanto varones como niñas, tienen tendencia a considerar que las relaciones sexuales prematrimoniales son más aceptables para los varones que para las mujeres⁴². La tendencia es a que los jóvenes varones comiencen a tener relaciones sexuales al menos dos o tres años antes que las jóvenes; y en algunas partes del mundo, esto ocurre en el marco de ritos de iniciación sexual o con una trabajadora del sexo⁴³.

En el Brasil, Etiopía, el Gabón, Haití, Kenya, Letonia, Malawi, Nicaragua y Polonia, más de una cuarta parte de los varones de 15 a 19 años de edad entrevistados afirmaron que su primera relación sexual había ocurrido antes de cumplir 15 años⁴⁴. En América Latina y el Caribe, la edad media del primer encuentro sexual para los varones es más temprana que para las niñas, y oscila desde 12,7 años para los varones y 15,6 para las niñas en Jamaica hasta 16,0 años para los varones y 17,9 años para las niñas en Chile⁴⁵.

Un estudio a fondo puso de manifiesto dos patrones en las primeras experiencias sexuales de los jóvenes varones, conclusiones que son paralelas a las de otras investigaciones⁴⁶. El primer patrón, calificado de “impulsivo”, ocurría a edad temprana (15 o menos años), y la motivación del niño era la curiosidad, la “necesidad física” o la presión de otros jóvenes de la misma edad. Por lo general ocurría en un hotel o en un prostíbulo, con una trabajadora del sexo. En caso de utilizar anticonceptivos, se empleaban condones. La segunda pauta, calificada de “ocasional”, correspondía a una primera experiencia sexual del varón con una amiga o una conocida casual en diversas ubicaciones, a menudo espontáneamente y sin emplear anticonceptivos.

En el caso de las niñas adolescentes, la actividad sexual prematrimonial varía considerablemente en diferentes regiones: menos del 12% en Asia, hasta una cuarta parte en América Latina y aproximadamente la mitad en África al Sur del Sahara.

En África al Sur del Sahara, en particular, las experiencias sexuales iniciales de las niñas probablemente ocurren con hombres considerablemente mayores, con frecuencia a cambio de dinero o regalos. Esas condiciones reducen pronunciadamente la posibilidad de que las niñas negocien una situación de menos riesgo y aumentan sus posibilidades de contagio con infecciones de transmisión sexual y VIH o de quedar embarazadas. Debido a que las relaciones sexuales entre personas de distintas generaciones están impulsadas en parte por la pobreza, y también se consideran una manera de elevar la condición social de la niña, a veces los padres y madres las alientan⁴⁷.

A medida que las parejas van avanzando hacia el matrimonio, en la mayoría de las relaciones es bien posible que haya actividad sexual prematrimonial, inclusive en ámbitos relativamente conservadores⁴⁸.

La falta de otras oportunidades, entre ellas empleo, deportes o actividades religiosas y culturales, tiende a aumentar la importancia central del comportamiento sexual en la autodefinición y la autoestima de los adolescentes.

EMBARAZO NO DESEADO Muchos jóvenes, varones y niñas, están comenzando su actividad sexual en etapas más tempranas de sus vidas. Al no escoger la abstinencia como una opción, una gran proporción de adolescentes y jóvenes necesitan tener acceso a métodos de planificación de la familia, a fin de evitar los embarazos no deseados⁴⁹.

Debido a sus limitados conocimientos y a que disponen de poca orientación, lo probable es que los adolescentes no adopten medidas para disminuir el riesgo en las relaciones sexuales ni usen anticonceptivos. En la mayoría de las experiencias sexuales precoces sigue siendo infrecuente el uso de anticonceptivos. Las jóvenes mujeres siguen informando acerca de menores tasas de uso que los varones, lo cual da pruebas del desequilibrio de poder en la negociación del uso de métodos de planificación de la familia con sus compañeros o de las restricciones en el acceso de las niñas a los servicios (debido a falta de información, a sentimientos de vergüenza, a las leyes en vigor, a las actitudes de los proveedores de servicios de salud y a las prácticas o costumbres sociales).

Los estudios comunitarios sugieren que entre 10% y 40% de las jóvenes solteras han tenido un embarazo no deseado. En estudios sobre mujeres próximas a contraer matrimonio, los más altos porcentajes corresponden a obreras de fábrica solteras, adolescentes que no asisten a la escuela y mujeres que acuden en procura de servicios de salud, pues más de un tercio entre ellas había tenido un embarazo no deseado⁵⁰.

La mayoría de los embarazos no deseados de jóvenes solteras terminan en aborto⁵¹, lo cual plantea un grave problema de salud pública, dado que muchos—cuando no la mayoría—de esos abortos se realizan en malas condiciones y son practicados por personas que carecen de formación médica o en establecimientos donde no se satisfacen las normas mínimas de higiene y atención.

En estudios realizados en cuatro países de América Latina se comprobó que entre 10% y 14% de los embarazos entre mujeres jóvenes que nunca habían estado casadas terminaban en aborto; en otros cuatro países, los porcentajes eran iguales a la mitad. En los pocos países de Asia donde se han realizado estudios se comprobaron pautas diversas⁵². En Kazakstán, donde históricamente se ha aceptado que se recurra al aborto en caso de embarazo no deseado, las tasas siguen siendo altas, de un 45%; en cambio, en Filipinas, el aborto es relativamente raro (un 7%) y predominan los alumbramientos después del matrimonio⁵³.

USO DE ANTICONCEPTIVOS En los países en desarrollo, sólo recientemente se ha comenzado a recopilar datos detallados sobre comportamientos sexuales prematrimoniales. En 13 países donde se cuenta con encuestas apropiadas acerca del momento en que ocurren diferentes comportamientos sexuales y reproductivos, se observan grandes diferencias en la edad de comienzo de la actividad sexual y en la proporción de actividad sexual protegida por anticonceptivos⁵⁴.

En los tres países asiáticos estudiados⁵⁵, era muy probable que las mujeres conservaran su virginidad hasta el matrimonio (en dos de los países, más del 95%), pero una vez comenzada la actividad sexual, sus posibilidades de protección mediante anticonceptivos eran muy bajas. Las tasas de virginidad prematrimonial en América Latina⁵⁶ variaban desde 58% (Colombia) hasta 90% (Nicaragua) y en África, desde 45% (Kenya) hasta 73% (Zimbabwe).

En los países de América Latina y África estudiados, más del 40% de los embarazos de mujeres solteras con actividad sexual culminaron con el nacimiento de niños vivos antes del matrimonio. El nacimiento de niños vivos poco después del matrimonio era común en todas las regiones. En sólo dos países de América Latina (Brasil y Colombia), más de la mitad de la actividad sexual entre la iniciación sexual y el matrimonio se realizó con protección de anticonceptivos. Lo más común era que entre dos tercios y tres cuartas partes de la actividad sexual se realizara sin protección.

A medida que las jóvenes parejas van estableciendo relaciones a largo plazo, son mayores las probabilidades de que utilicen anticonceptivos, pero tienden a utilizar métodos distintos de los condones, con lo cual disminuye su posibilidad de protegerse a sí mismos contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH⁵⁷.

Apoyo de los progenitores y de la familia

Para el desarrollo saludable de los adolescentes y los jóvenes es imprescindible que cuenten con adultos que se preocupan por ellos y los apoyan, y en quienes los jóvenes confían. Crear una relación de confianza y comunicación abierta desde un principio contribuye a la mayor confianza y autoestima del joven y lo ayuda a evitar los comportamientos riesgosos. Son muy importantes las medidas para alentar la comunicación entre los progenitores y sus hijos. Los niños huérfanos, o que han huido de su hogar, o están tratando de vivir por cuenta propia, también necesitan adultos en quienes confiar y que los guíen.

Varios programas innovadores de salud reproductiva y de prevención del VIH/SIDA están colaborando con padres y madres a fin de fomentar una mejor comunicación sobre la sexualidad y la salud reproductiva. En un programa que apoya el UNFPA, realizado en Camboya, se proporcionó a los progenitores y las familias juegos de materiales informativos sobre salud reproductiva. Posteriormente, las familias recibieron la visita de agentes de salud y de difusión para conversar sobre los materiales, escuchar sus observaciones acerca de temas que los preocupaban, responder a sus preguntas y proporcionar remisiones a servicios de salud, de ser necesario.

Los programas eficaces alientan a los padres y madres a involucrar a sus hijas e hijos en conversaciones sobre cuestiones más vastas atinentes a relaciones, metas y aspiraciones. En Sudáfrica, el programa nacional de prevención del VIH entre los jóvenes, titulado *loveLife*, postula que las conversaciones francas, tempranas y sin ambages sobre la sexualidad son la clave para reducir la infección con el VIH en el país. El programa insta a padres y madres a que alienten a sus hijos e hijas a aplazar la actividad sexual; consideren las presiones de sus compañeros para participar en actividades sexuales; hablen acerca de los valores de amor, respeto, dignidad y responsabilidad que deberían conformar las actitudes respecto de

las relaciones de pareja; hablen acerca de protección y seguridad cuando tienen actividad sexual; y utilicen las fuentes de información disponibles.

Al establecer contacto con padres, madres y familias se contribuye a establecer apoyo comunitario para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, que sigue siendo un tema delicado en la mayoría de las sociedades.

Violencia sexual y trata de personas

La violencia sexual es común en las vidas de las adolescentes. Esta grave conculcación de sus derechos también perjudica su salud reproductiva y sexual. Recién en el último decenio ha comenzado a documentarse la magnitud de la violencia sexual cometida contra las niñas. En estudios realizados en la India, Jamaica, Malí, la República Unida de Tanzania y Zimbabwe se comprobó que entre 20% y 30% de las adolescentes habían sido objeto de violencia sexual⁵⁸.

COACCIÓN Para muchas adolescentes, su primera experiencia sexual es forzada. En Sudáfrica, un 30% de las jóvenes manifiestan que su primera actividad sexual se realizó bajo coacción. La violencia sexual entorpece el desarrollo de las niñas, dificultando que permanezcan en la escuela, destruyendo su confianza en los adultos y en otros jóvenes de la misma edad y colocándolas en situación de riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, quedar embarazadas o padecer daños físicos o psicológicos a corto y largo plazo.

Con frecuencia, los varones adolescentes y adultos toleran, o incluso propician, la coacción sexual. También las jóvenes pueden considerar que la violencia sexual o la actividad sexual obtenida por la fuerza, el temor o la intimidación es algo normal, que en algunas comunidades o sociedades refleja normas de género perversas.

En un estudio realizado en Sudáfrica se comprobó que la violencia y la coacción sexuales contra las jóvenes estaban tan generalizadas que se las denominaba “amor cotidiano”⁵⁹. En otro estudio sobre 30.000 jóvenes, uno de cada cuatro varones afirmó que había tenido relaciones sexuales sin el consentimiento de la compañera⁶⁰. Los jóvenes, tanto varones como niñas, expresaron su convicción de que imponer relaciones sexuales a una persona que uno conoce es simplemente “una relación sexual intensa”, y no violencia sexual, y las mujeres, en su mayoría, declararon que son las propias mujeres las responsables del abuso sexual.

Casi en todas partes, son similares las circunstancias de la violencia sexual: las niñas son con frecuencia objeto de violación u otros tipos de abuso perpetrados por personas que conocen, inclusive miembros de sus familias. A veces, los atacantes son miembros respetados de sus comunidades: maestros, empleadores e incluso dirigentes religiosos. Los educadores reconocen cada vez más la necesidad de contrarrestar activamente la violencia. En Sudáfrica, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de El Cabo Occidental formuló criterios para combatir la violencia sexual y por razones de género ya desde la escuela primaria, cuestionando las actitudes de los maestros y alentándolos a que transmitan a sus estudiantes mensajes contra la violencia.

TRATA DE JÓVENES MUJERES Y NIÑAS Hay grandes variaciones en las estimaciones del número de mujeres y niñas que cada año

son objeto de trata en la industria del sexo (a menudo mediante coacción o secuestro) y sometidas a esclavitud laboral, pues oscilan entre 700.000 y 4.000.000⁶¹. En el último decenio ha aumentado considerablemente la venta de jóvenes mujeres como esclavas sexuales, lo cual constituye una grave conculcación de sus derechos y una amenaza para su salud⁶². La extrema pobreza, la baja condición de las mujeres y niñas, los ineficientes controles fronterizos y la colusión de los agentes encargados de hacer cumplir la ley, son todos factores contribuyentes a ese aumento.

En Asia y Europa oriental, niñas ya de 13 años son objeto de trata como “novias por correo”⁶³. En la India, se estima que dos de cada cinco trabajadoras del sexo tienen menos de 18 años de edad⁶⁴. En Sri Lanka, la mayoría de los trabajadores del sexo son niños varones⁶⁵. Según una estimación regional, cada año entre uno y dos millones de hombres y mujeres son víctimas de trata, la mayoría de ellos en Asia. Más de 225.000 proceden del Asia sudoriental y otros 150.000 del Asia meridional⁶⁶.

Muchas mujeres procedentes de los países de la ex Unión Soviética son llevadas a Israel, otras partes del Oriente Medio o Europa occidental; muchas tienen menos de 16 años de edad. En muchos países, lo más probable es que el sistema judicial encarcele o expulse a las jóvenes, en lugar de castigar a los tratantes.

Con frecuencia, se mantiene ocultas a las jóvenes trabajadoras del sexo, pero que no reparan en ellas las autoridades. En Camboya, por ejemplo, una evaluación de la política de “uso de condones 100%” para las trabajadoras del sexo comprobó que cuando la policía acudía para tomar nota de sus identidades, las jóvenes trabajadoras del sexo solían estar escondidas⁶⁷.

Los jóvenes trabajadores del sexo, tanto mujeres como varones, corren grandes riesgos de infección con el VIH. Tienen escaso o ningún poder de negociación, no pueden insistir en el uso de condones y suelen ser víctimas de coacción o violencia para que accedan a entablar relaciones sexuales, de modo que aumenta la probabilidad de transmisión del VIH. La prevalencia del VIH entre jóvenes trabajadores del sexo tiende a ser alta: desde un nivel estimado en el 25% en Camboya hasta el 48% en partes de la India y el 70% en Abidján (Côte d’Ivoire)⁶⁸.

Algunos países han comenzado a cuestionar la industria de la trata, a menudo en alianza con líderes comunitarios. Por ejemplo, a comienzos del decenio de 1990, el Gobierno de Tailandia asignó alta prioridad a prestar asistencia a los jóvenes que corrían riesgo de ingresar en la industria del sexo. Se incluyeron varias zonas, entre ellas ocho provincias de Tailandia septentrional, donde hay altas tasas de VIH/SIDA y altos porcentajes de niñas que abandonan la escuela⁶⁹. Se capacita a los maestros para que detecten a las niñas que corren alto riesgo de ser vendidas y colaboren con sus familias para mantenerlas en la escuela y que ganen dinero localmente.

Corte genital femenino

El corte genital femenino (también denominado mutilación genital femenina o circuncisión femenina) amenaza la salud sexual y reproductiva de millones de niñas en África al Sur del Sahara y el Oriente Medio.

En el Sudán, la infertilidad resultante de la infibulación puede estar correlacionada con mayores altas tasas de divorcio⁷⁰.

Las actitudes masculinas, en particular con respecto al control de la sexualidad femenina, son un importante factor de perpetuación del corte genital femenino⁷¹.

En todo el mundo, hay unos 130 millones de niñas y jóvenes mujeres que han sido objeto de corte genital y cada año hay otros dos millones que corren riesgo de sumarse a ellas (6.000 por día). El corte genital femenino se practica en unos 28 países y las tasas de prevalencia oscilan desde el 5% en la República Democrática del Congo hasta el 98% en Somalia, la península árabe y la región del Golfo⁷². En estudios realizados en 1995 se comprobó que un 97% de las mujeres egipcias casadas de entre 15 y 49 años de edad habían sido circuncidadas; en Malí, esta proporción era en 1998 del 94%⁷³.

La mayor parte de esos procedimientos son practicados por personal no médico—inclusive comadronas tradicionales, parteras y “ancianas”—utilizando navajas o cordeles no esterilizados, lo cual acrecienta las posibilidades de infección; por lo general, no se dispone fácilmente de tratamiento de emergencia o postoperatorio⁷⁴.

MANERAS DE REDUCIR EL CORTE GENITAL FEMENINO Muchos países han promulgado leyes para prohibir el corte genital femenino, entre ellos Burkina Faso, Djibouti, Egipto, Ghana, la República Unida de Tanzania, el Senegal y el Togo. Si bien esas leyes imponen multas y reclusión carcelaria⁷⁵, la aplicación de tales leyes suele no ser rigurosa y la práctica continúa, rodeada de mayor secreto.

Se está tratando de reducir la incidencia del corte genital femenino y de cambiar las actitudes subyacentes acerca de la sexualidad femenina y el valor de la mujer. En Kenya, el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), la ONG *Maendeleo ya Wanawake* y el Programa de Tecnología Apropiada para la Salud (PATH) han promovido la “Circuncisión verbal”, un rito alternativo de tránsito a la adultez que preserva los aspectos positivos de la tradición cultural⁷⁶. En Kenya, la Ley sobre la Infancia, aprobada en 2001, prohíbe el corte genital femenino⁷⁷. Un programa de reclusión durante una semana, enseñanzas tradicionales, educación sobre salud y asesoramiento psicosocial va seguido de una celebración por toda la comunidad en que se ofrecen festines, danzas y cantos, para afirmar la gozosa transición hacia la madurez femenina.

El proyecto, además de la participación de los líderes comunitarios, ha involucrado a hombres y niños varones, especialmente padres y hermanos; los adolescentes varones han manifestado que se negarán a contraer matrimonio con niñas que han sido objeto de corte genital, con lo cual han tranquilizado a padres y madres acerca de las futuras posibilidades de matrimonio de sus hijas no circuncidadas. En enero de 2000, el UNFPA y varios otros organismos de las Naciones Unidas suscribieron un acuerdo para ampliar estas medidas y llevarlas a otras comunidades donde son altas las tasas de corte genital femenino.

En el Senegal, la organización *Tostan* ha tratado de crear conciencia sobre la salud y los derechos, lo cual condujo a la adopción de decisiones colectivas en 938 aldeas (18% de 5.000 comunidades registradas) en el sentido de abandonar la práctica del corte genital femenino y del matrimonio precoz⁷⁸. En Malí, la organización *Healthy Tomorrow* (Futuro saludable) asume un enfoque más explícitamente crítico y utiliza la música para educar a las personas acerca de los efectos nocivos de esa práctica⁷⁹.



ome

Syndrome
means "a group of different signs of a disease".
When people have AIDS they have a syndrome
for many different signs of disease.

AIDS

3 el vih/sida y los adolescentes

El VIH/SIDA ha pasado a ser una enfermedad de los jóvenes, puesto que los jóvenes adultos de 15 a 24 años de edad constituyen la mitad de aproximadamente 5 millones de nuevos casos que cada año se agregan a las infecciones con el VIH en todo el mundo. No obstante, los jóvenes suelen carecer de la información, los conocimientos prácticos y los servicios que necesitan para protegerse a sí mismo contra la infección con el VIH. Su provisión tiene importancia crucial para contrarrestar la epidemia.

Según se estima, cada día unos 6.000 jóvenes se infectan con el VIH/SIDA—uno cada 14 segundos—y la mayoría de ellos son jóvenes mujeres. A fines de 2001, se estimaba que 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años de edad estaban viviendo con el VIH/SIDA, es decir, un tercio de la cantidad total de personas que viven con el VIH/SIDA en todo el mundo. De ellos, sólo unos pocos tienen conocimiento de su propia reacción serológica positiva al VIH¹. (Cuadro 4).

Además, hay 13 millones de niños menores de 15 años que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA. De esos huérfanos, una abrumadora mayoría vive en África. Las proyecciones para 2010 arrojan 25 millones³.

Factores contribuyentes

Una combinación de factores sociales, biológicos y económicos contribuye a estimular la pandemia de SIDA:

POBREZA El VIH/SIDA es una enfermedad sumamente correlacionada con la pobreza. En un estudio sobre 72 países efectuado por el Banco Mundial se indicó que tanto el bajo ingreso per cápita como la gran desigualdad en los ingresos estaban vinculados con las altas tasas nacionales de infección con el VIH; un aumento de 2.000 dólares en el ingreso per cápita estaba asociado con una disminución del 4% en las infecciones⁴. En 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas, reunida en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, reconoció que “la pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo figuran entre los principales factores que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA”.

LAS NIÑAS Y LAS MUJERES SON MÁS VULNERABLES Por razones atinentes a la biología, el género y las normas culturales, las mujeres son más susceptibles que los varones a la infección con el VIH. Se estima que hay 7,3 millones de jóvenes mujeres que viven con el VIH/SIDA, en comparación con 4,5 millones de jóvenes varones. En África al Sur del Sahara, las dos terceras partes de los jóvenes de 15 a 19 años de edad que se agregan a las filas de los infectados son mujeres. Entre las mujeres, el máximo de la prevalencia del VIH tiende a ocurrir alrededor de los 25 años de edad, es decir, entre 10 y 15 años antes que el máximo para los varones⁵.

Desde el punto de vista biológico, el riesgo de que una mujer se infecte durante relaciones sexuales sin protección es de 2 a 4 veces mayor que para un varón⁶; las jóvenes mujeres son incluso más vulnerables debido a que sus aparatos reproductores están aún en proceso de maduración y que los desgarramientos de sus tejidos ofrecen un fácil acceso a la infección⁷.

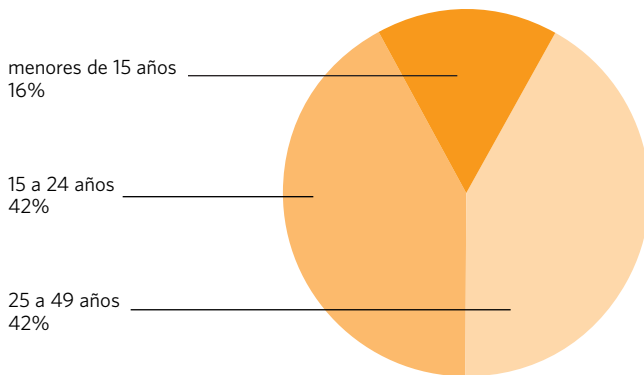
Asimismo, las jóvenes enfrentan más altos riesgos sociales. Cuando tienen relaciones sexuales, tienden a predominar las relaciones con hombres de más edad y esto aumenta las probabilidades de que sus compañeros sexuales ya estén infectados. Algunas adolescentes están muy atraídas hacia los “gavilanes”, hombres mucho mayores y en mejor posición económica (por lo general, casados) que ofrecen a las niñas dinero, a cambio de relaciones sexuales. Lo más común es que las adolescentes con actividad sexual, al menos en África, tengan compañeros cuyas edades son entre 2 y 10 años superiores, que les ofrecen regalos, como jabón, perfumes,

Cuadro 4: Jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con el VIH/SIDA, por sexo: diciembre de 2001²

Región	Jóvenes mujeres porcentajes	Jóvenes varones porcentajes	Total
África al Sur del Sahara	67	33	8.600.000
África septentrional y Oriente Medio	41	59	160.000
Asia oriental y el Pacífico	49	51	740.000
Asia meridional	62	38	1.100.000
Asia central y Europa oriental	35	65	430.000
América Latina y el Caribe	31	69	560.000
Países industrializados	33	67	240.000
Todo el mundo	62	38	11.800.000

Fuente: UNICEF/ONUSIDA/OMS.

Gráfico 4: Nuevas infecciones con el VIH en 2002, por grupo de edades



Fuente: ONUSIDA

comidas en restaurantes y adornos. Algunas niñas pobres proporcionan relaciones sexuales a cambio de dinero para pagar la matrícula escolar o ayudar a sus familias. Una vez que han entablado relaciones con esos hombres, que son maestros, chóferes, dueños de tiendas o incluso agentes de policía, las niñas tienen escaso poder para negociar el uso de condones⁸.

Los hombres suelen buscar compañeras sexuales más jóvenes, con pocas probabilidades de estar infectadas con el VIH⁹. En algunos lugares, hay un mito dominante: que las relaciones sexuales con una virgen pueden curar el SIDA o las infecciones de transmisión sexual. Ese mito entraña mayores peligros para las jóvenes, víctimas de relaciones sexuales forzadas o bajo coacción.

RIESGO QUE CORREN LAS JÓVENES CASADAS El matrimonio no siempre protege a las jóvenes contra la infección con el VIH. Dado que el porcentaje de jóvenes varones que inician tempranamente su actividad sexual es muy superior al porcentaje de jóvenes mujeres, éstas probablemente contraen matrimonio con un hombre que ya tiene experiencia sexual. En Pune (India) se realizó un estudio en una clínica para infecciones de transmisión sexual. El estudio comprobó que de las 4.000 mujeres que acudían a la clínica en busca de tratamiento, un 25% tenía una infección de transmisión sexual y un 14% tenía reacción serológica positiva al VIH. Entre el 93% de las jóvenes casadas, un 91% tenía sólo un compañero sexual: su esposo.

Un estudio realizado en Kisumu (Kenya) comprobó que la mitad de las mujeres cuyos esposos eran 10 o más años mayores estaban infectadas con el VIH, en comparación con ninguna de las mujeres cuyos esposos eran hasta tres años mayores¹⁰. Dentro del matrimonio, es muy difícil para las mujeres negociar el uso de condones, especialmente si son mucho más jóvenes que sus esposos.

FALTA DE INFORMACIÓN Y DE CONOCIMIENTOS PRÁCTICOS PARA SU PROTECCIÓN Debido a que en muchos países, las cuestiones sexuales son un tema tabú, hay grandes cantidades de jóvenes que carecen de la información—o los conocimientos prácticos suficientes—para negarse a tener relaciones sexuales o negociar prácticas sexuales de menor riesgo. Si bien la mayoría de los jóvenes han

oído acerca del VIH/SIDA, son pocos los que tienen conocimientos suficientes para protegerse a sí mismos contra la infección.

Las encuestas realizadas en 40 países indican que la mitad de los jóvenes tienen conceptos erróneos acerca de la manera en que se transmite el VIH¹¹. En Ucrania, si bien un 100% de las adolescentes han oído hablar del SIDA, sólo un 21% conocen tres métodos de prevención. En Somalia, sólo el 26% de las adolescentes han oído hablar del SIDA y sólo un 1% saben como protegerse a sí mismas. En Botswana, donde una de cada tres personas está viviendo con el VIH/SIDA, virtualmente todos los jóvenes han oído hablar del SIDA y más del 75% tienen conocimientos sobre tres métodos primarios de protección. No obstante, un 62% de las jóvenes tenían al menos un concepto erróneo sobre cómo se transmite el VIH. Es excesivo el número de jóvenes que piensan que con sólo mirar a una persona pueden determinar si está infectada con el VIH.

SENTIMIENTOS DE INVENCIBILIDAD Los adolescentes tienden a subestimar, desestimar o denegar los riesgos de infección con el VIH. Los estudios de casos realizados por la OMS indican que sólo entre una quinta parte y un tercio de los jóvenes consideran que corren algún riesgo¹². Muchos jóvenes no reconocen que el comportamiento de sus parejas también los hace correr riesgos. Muchos otros tal vez creen que la infección con el VIH sólo ocurre entre trabajadoras del sexo, toxicómanos u hombres que tienen relaciones íntimas con otros hombres. Los sentimientos de invencibilidad, sumados a la falta de conocimiento sobre las consecuencias del comportamiento riesgoso, los pueden impulsar a adoptar menos precauciones para proteger su salud, y su vida.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Las infecciones de transmisión sexual aumentan considerablemente la probabilidad de infección con el VIH¹³, además de tener otras consecuencias en materia de salud reproductiva, como dolores crónicos, infertilidad o embarazos ectópicos que ponen en peligro la vida de la embarazada. Si bien escasean los datos sobre esas infecciones en los países en desarrollo, en particular en lo concerniente a los jóvenes, la OMS estima que al menos una tercera parte de más de 333 millones de nuevos casos curables que ocurren cada año afectan a personas menores de 25 años¹⁴. Además, los jóvenes también tienen probabilidades mucho mayores que los adultos de volver a infectarse después de haber recibido tratamiento.

Un estudio realizado en Sudáfrica demostró que las probabilidades de que las adolescentes contraerán infecciones de transmisión sexual eran superiores en un 30% a las de los varones de la misma edad, debido a que tenían relaciones con hombres de más edad, que probablemente padecían infecciones de transmisión sexual¹⁵.

Los estudios sobre gonorrea en países escogidos del Oriente Medio y África comprobaron que las más altas tasas de infección se registraban en el grupo de 15 a 19 años de edad¹⁶. En estudios realizados en la Argentina, Botswana, Filipinas, el Perú, la República de Corea y Tailandia se comprobó que una gran minoría de jóvenes, mayormente varones, han experimentado síntomas de infecciones de transmisión sexual¹⁷.

En general, los jóvenes tienen escasos conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual. En un estudio sobre jóvenes

trabajadoras del sexo en Camboya se comprobó que sus limitados conocimientos se basaban en una combinación de hechos objetivos, mitos y rumores no siempre correctos¹⁸. Una lamentable idea errónea de muchos jóvenes, que se comprobó en Kampala (Uganda) y en la ciudad Ho Chi Minh (Viet Nam) es que los síntomas desaparecerán con el correr del tiempo o con una buena higiene personal (al igual que el VIH). Esta creencia también era compartida por una de cada cinco estudiantes universitarias en Ilorin (Nigeria), 30% de los jóvenes en algunas zonas de Chile y la mitad de los jóvenes, varones y mujeres, en algunas localidades de Guatemala¹⁹.

Lo probable es que los jóvenes busquen remedios tradicionales para las infecciones de transmisión sexual o que hagan caso omiso de los síntomas. Esta pauta se atribuye a sentimientos de culpabilidad por haberse contagiado y al estigma que tiende a asignárseles en los centros de salud, inclusive en las clínicas que dispensan tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.

USO DE ALCOHOL Y DROGAS Compartir las agujas para inyectarse drogas es un medio sumamente eficiente de propagar el VIH, debido a que se introduce el virus directamente en el torrente circulatorio. Al combinar el consumo de drogas con las relaciones sexuales a cambio de dinero, se proporciona un puente para el VIH, desde los toxicómanos por vía endovenosa hacia la comunidad en general.

El consumo de drogas suele comenzar en la adolescencia. En Nepal, donde la mitad de los 50.000 toxicómanos del país tienen entre 16 y 25 años de edad, la incidencia del VIH entre los toxicómanos por vía endovenosa aumentó desde el 2% en 1995 hasta casi el 50% en 1998²⁰. La epidemia de VIH en la Federación de Rusia es la que crece con mayor rapidez en el mundo, impulsada por la creciente cantidad de jóvenes toxicómanos. En China, las más altas tasas de VIH se registran entre toxicómanos por vía endovenosa, que suelen ser hombres jóvenes.

Va en aumento el número de toxicómanos, en particular en Europa oriental y central, y lo propio ocurre con el número de usuarios ocasionales. Según las cifras correspondientes al año 2000 proporcionadas por el ONUSIDA, los toxicómanos por vía endovenosa constituyen más de la mitad de los casos de VIH en la Argentina, Bahrein, China, España, la Federación de Rusia, Georgia, el Irán, Italia, Kazajstán, Letonia, Moldova, Portugal y Ucrania²¹.

El consumo de alcohol también puede impulsar la epidemia de VIH, al aumentar los comportamientos sexuales riesgosos. Un estudio realizado en Rwanda comprobó que los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad que consumían alcohol tenían menos probabilidades de abstenerse de las relaciones sexuales²². En un estudio sobre adolescentes en Jamaica, se comprobó que los que habían experimentado con bebidas alcohólicas tenían posibilidades 2,4 veces mayores que los demás de tener actividades sexuales, a igualdad de otros factores²³.

INTERACCIÓN CON LA TUBERCULOSIS En todo el mundo, la tuberculosis es la principal causa de defunción de los pacientes de SIDA; un tercio de todos ellos están tuberculosos. Los infectados con el VIH tienen probabilidades mucho mayores que los demás—según algunas estimaciones, 800 veces superiores—de presentar tubercu-

losis activa²⁴. En Kenya, entre 1990 y 1996 se duplicó la prevalencia, tanto del VIH como de la tuberculosis²⁵.

Los jóvenes deberían estar vacunados para prevenir la tuberculosis²⁶. En la mayoría de los casos, la tuberculosis es tratable utilizando terapias de observación directa. Si se dispensa un tratamiento a medias, o erróneo, esto puede conducir a una tuberculosis resistente a los medicamentos, y el tratamiento se hace mucho más difícil y más costoso. Por consiguiente, los programas de lucha contra la tuberculosis, incluidos los que benefician a los jóvenes, deben formar parte de las estrategias de prevención y atención del SIDA.

Diferencias regionales

La propagación más rápida del VIH/SIDA entre los jóvenes ocurre, con mucho, en los países de África al Sur del Sahara, donde se estima que hay 8,6 millones de jóvenes (67% de ellos, mujeres) que viven con el VIH/SIDA. Se prevé que un 60% de los varones que hoy tienen 15 años en Botswana, Sudáfrica y Zimbabwe, resultarán infectados en el futuro²⁷. El VIH también se está propagando rápidamente en el Asia meridional, donde hay, según se estima, 1,1 millón de jóvenes infectados (62% de ellos, mujeres). En algunas partes de la India meridional, la epidemia ya no se limita a las trabajadoras del sexo y los toxicómanos por vía endovenosa, sino que ha llegado a la población en general.

Según se estima, en América Latina y el Caribe hay 560.000 jóvenes que viven con el VIH/SIDA (31%, mujeres). Unos pocos países caribeños tienen algunas de las más graves epidemias fuera de África y al menos un 2% de sus jóvenes mujeres están infectadas. En América Latina el virus se ha propagado principalmente entre hombres que tienen actividad sexual con otros hombres, pero está alcanzando otras poblaciones, entre ellas jóvenes mujeres.

Según se estima, en el Asia oriental y sudoriental hay 740.000 jóvenes que viven con el VIH/SIDA, aproximadamente la mitad de los cuales son mujeres. Dada la gran población de China y la creciente incidencia del VIH, el número de jóvenes con VIH/SIDA en esta región probablemente ha de aumentar considerablemente. En Camboya, Myanmar y Tailandia, una epidemia que en el pasado se concentraba en los toxicómanos y las trabajadoras comerciales del sexo, ahora se ha propagado a la población en general (aun cuando en Tailandia se ha reducido la prevalencia).

En Europa oriental y central, las tasas de infección están aumentando rápidamente. Según se estima, en 2001 había 430.000 jóvenes que vivían con el VIH/SIDA (un 35% de ellos, mujeres). La epidemia prolifera allí debido principalmente a toxicomanías y drogas por vía endovenosa, particularmente entre los jóvenes, pero también a la trata de mujeres y a la industria del sexo.

Se estima que en 2001 había en el Oriente Medio y el África septentrional 160.000 jóvenes infectados (41% mujeres). Pese a que en los últimos años han mejorado los sistemas de vigilancia en esta región, esta estimación puede ser inferior a la realidad. Si bien hay escaso contacto sexual entre personas solteras, es preciso vigilar la situación en la región y crear conciencia. Hay pruebas de que las tasas de infección de transmisión sexual van en aumento y dichas tasas son precursoras de un aumento en las infecciones con el VIH.

En América del Norte y Europa occidental, la epidemia está bastante contenida, salvo entre los pobres y las minorías, los toxicóma-

nos y las trabajadoras del sexo, en particular las jóvenes. No obstante, la negligencia, particularmente entre los jóvenes, puede estar desbaratando los adelantos logrados para frenar la propagación del VIH.

Efectos del SIDA sobre los jóvenes

ADOLESCENTES HUÉRFANOS Los jóvenes que han perdido uno o ambos progenitores debido al SIDA (véase el Capítulo 1) son particularmente vulnerables a la infección. Muchos padecen explotación, así como abuso físico y sexual. Al debilitarse el apoyo de la familia, algunos jóvenes incurrir en comportamientos sexuales riesgosos o se inyectan drogas. Los obligados a vivir en las calles pueden recurrir a la delincuencia y a la industria del sexo, como medios de supervivencia²⁸. Muchos también padecen estigma y discriminación.

EDUCACIÓN Con frecuencia, la educación de los jóvenes infectados o afectados por el VIH/SIDA se resiente²⁹. El abandono escolar es común, particularmente para las niñas que deben cuidar a familiares enfermos o a sus hermanitos para mantener a la familia unida. Además, la imposibilidad de abonar las matrículas escolares obliga a los niños varones y las niñas a dejar de asistir a la escuela. Otros abandonan sus estudios debido al estigma y la discriminación por parte de las propias escuelas, los maestros o los demás alumnos.

Los maestros también sucumben al VIH/SIDA. Según estimaciones del programa UNUSIDA, en 2001 hasta un millón de niños y jóvenes de África al Sur del Sahara perdieron a sus maestros debido al SIDA³⁰.

Creer sin educación tiene efectos durante toda la vida. Los datos de encuestas realizadas en países de todo el mundo muestran que los niños de entre 10 y 14 años de edad cuyos progenitores han fallecido tienen menos probabilidades de asistir a la escuela que los niños de la misma edad cuyos progenitores están vivos. En Madagascar, por ejemplo, un 34% de los huérfanos de 10 a 14 años de edad asisten a la escuela, en comparación con un 65% de los que tienen padres y madres vivos. En Indonesia, los porcentajes son 65% y 85%, respectivamente³¹.

II

EL ENFOQUE ABC En 2001, la Asamblea General de las Naciones Unidas en su período extraordinario de sesiones hizo suyo el enfoque ABC para prevenir la infección con el VIH. El enfoque ABC del cambio de los comportamientos aporta tres claros mensajes para prevenir la transmisión del VIH. ABC (*Abstain from sex, or delay it; Be faithful; use Condoms*) significa: abstenerse de las relaciones sexuales o, para los jóvenes, aplazarlas; ser fiel a su pareja no infectada; y utilizar sistemática y correctamente condones.

A veces se agrega al mensaje la letra D (*Drugs*), referida al uso de drogas por vía endovenosa y de alcohol con fines recreativos, lo cual puede aumentar la probabilidad de relaciones sexuales riesgosas. Algunos se refieren a este criterio como ABC+, inclusive el mensaje de solicitar la detección y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (que aumentan el riesgo de transmisión del VIH cuando hay relaciones sexuales sin protección). Cada componente del mensaje ABC debe presentarse de manera integral y equilibrada (Véase el Capítulo 4).

Comercialización social de anticonceptivos

El enfoque “ABC”, abstinencia, fidelidad y condones (según se detalla en el Capítulo 4) es comprobadamente eficaz. La comercialización social combina investigaciones de mercado y técnicas de propaganda para la promoción de la salud por conducto de los medios de difusión de masas, los jóvenes que persuaden a otros jóvenes y las acciones comunitarias. Por lo general, el producto comercializado es el condón, a menudo con un mensaje de “doble protección” para ayudar a los adolescentes a protegerse contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH. Casi todos los lugares donde se congregan los jóvenes y pasan tiempo, escuelas, lugares de trabajo o discotecas, ofrecen posibilidades de proporcionar información y distribuir condones.

La comercialización social, al igual que los mensajes en medios de difusión de masas, pueden orientarse hacia determinados grupos. En Indonesia, una eficaz campaña para aumentar el uso de condones entre las trabajadoras comerciales del sexo combinó la prensa escrita, acciones en bares y universidades, asesoramiento psicológico sobre la negociación de condones y educación de los propietarios de prostíbulos. Como resultado, aumentó la proporción de las trabajadoras del sexo que utilizan condones, desde 36% hasta 48%³².

El programa Comercialización Social para la Salud Sexual de los Adolescentes (SMASH), realizado por la organización *Population Services International*, evaluó las actividades en zonas urbanas de Botswana, el Camerún, Guinea y Sudáfrica. Se aprovecharon las escuelas, los medios de difusión de masas, los clubes de jóvenes y las acciones de jóvenes ante otros jóvenes para crear conciencia y promover prácticas sexuales menos riesgosas, especialmente el uso de condones, por los jóvenes.

Si bien esas actividades lograron crear conciencia sobre los beneficios de los comportamientos de protección, inclusive la abstinencia y el uso de condones, y reducir las barreras que obstan al uso de condones, tuvieron menos éxito en cuanto al cambio en los comportamientos. Esas acciones fueron más eficaces entre las jóvenes mujeres que entre los jóvenes varones, lo cual sugiere que es preciso llegar a uno y otro grupo por medios diferentes³³.

Sobre la base de las experiencias adquiridas con el programa SMASH en el Camerún, en el año 2000 se inició en ese país otro programa de comercialización social. En la primera etapa se emprendió una campaña en los medios de difusión de masas, con programas radiofónicos que recibían llamados de los radioescuchas, un periódico, jóvenes educadores de otros jóvenes y una radionovela para promover el uso sistemático de condones, particularmente con parejas sexuales constantes. En la etapa actual, se alienta a los padres y madres a conversar con sus hijos acerca de la prevención del VIH/SIDA, se faculta a las niñas para que negocien la abstinencia o la utilización de condones, y se destaca la importancia de utilizar sistemáticamente condones con la misma pareja³⁴.

Hay muchas actitudes negativas y a menudo erróneas con respecto al uso de condones. Algunos jóvenes no piensan que el condón garantice la protección contra el embarazo no deseado, y ni siquiera contra el VIH. Según un estudio realizado en Kenya, sólo 35% de los estudiantes urbanos y 56% de los estudiantes rurales expresaron confianza en la eficacia de los condones³⁵. Un estudio realizado en Botswana comprobó que un 76% de los jóvenes varones estaban con-

vencidos de que los condones suelen deslizarse y descolocarse³⁶. Otro estudio realizado en Botswana indicó que algunos jóvenes piensan que los condones propagan la infección³⁷. En Suriname también se comprobó que las percepciones negativas con respecto al uso de condones eran un grave obstáculo para las actividades de prevención³⁸.

En Sudáfrica, jóvenes varones en un “grupo focal” afirmaron que no se atrevían a comprar condones en farmacias y clínicas, pues el personal expresaba disgusto frente a la actividad sexual de los jóvenes. Esos jóvenes afirmaron que querían obtener condones en galerías de juegos, servicios sanitarios públicos, clubes nocturnos, negocios de venta de música, cafés de la Internet y máquinas automáticas; y que preferirían que los vendedores fueran otros jóvenes y no adultos. Algunos también expresaron su incomodidad al utilizar condones debido a la falta de experiencia y parecían más preocupados por mantener su imagen que por el riesgo de las relaciones sexuales sin protección³⁹.

Pese a esos factores adversos, la evaluación llegó a la conclusión de que: “Los enfoques de comercialización social orientados a los jóvenes parecerían tener buenas posibilidades de promover el uso de condones en escala relativamente grande y de lograr la aceptación social del uso regular de condones. Las acciones en los medios de difusión deberían combinarse con las de farmacias y otros negocios del sector privado que los jóvenes prefieren por razones de confiabilidad y comodidad y deberían combinarse con capacitación a fin de que esos servicios fueran más acogedores para los jóvenes”⁴⁰.

Servicios para la prevención y la atención del VIH/SIDA

Un aspecto de importancia vital de los programas para prevención, tratamiento y atención del VIH, es el asesoramiento y la detección voluntarios. Sean cuales fueran los resultados, los jóvenes que han sido objeto de detección suelen cambiar su comportamiento. Los estudios indican que muchos jóvenes necesitan y quieren tener acceso a servicios de asesoramiento y detección voluntarios, para saber si están infectados, a condición de que los servicios sean confidenciales y costeables y que los resultados se proporcionen honestamente⁴¹.

No obstante, una barrera que obsta a la detención es la falta de tratamiento y apoyo cuando los análisis arrojan resultados positivos. En el mundo en desarrollo, son pocos los jóvenes que tienen acceso a medicamentos antirretrovirus para el tratamiento del VIH. En verdad, en el mundo en desarrollo, de las personas que se beneficiarían con esos medicamentos, actualmente menos del 5% los obtiene⁴². Botswana y el Brasil se han comprometido a proporcionar medicamentos antirretrovirus a todos quienes los necesitan, pero otros países que atraviesan dificultades económicas carecen de recursos para hacer lo propio. A medida que los países vayan ampliando el acceso al tratamiento del VIH, debería aumentar la utilización de servicios de asesoramiento y detección voluntarios.

Incluso cuando no se dispone de tratamiento, el asesoramiento y la detección voluntarios podrían impulsar a los jóvenes a cambiar sus comportamientos. En un estudio realizado en Kenya y Uganda, se lo ofreció a los jóvenes de 14 a 21 años de edad. La mayoría de ellos solicitaron la detección por iniciativa propia y cuando estaban en buenas condiciones de salud. Al entrevistarlos, en su mayoría afirmaron que tenían intención de abstenerse de las relaciones

I2 LLEGAR A LOS JÓVENES MEDIANTE LA COMERCIALIZACIÓN SOCIAL La evaluación de la comercialización social de condones entre los jóvenes de cuatro países africanos, en virtud del programa SMASH comprobó que:

- Para lograr cambios en el comportamiento de los adolescentes puede ser necesario desplegar intensos esfuerzos durante períodos de al menos dos a tres años.
- Los programas son más eficaces cuando incluyen una cuidadosa combinación de promoción en los medios de difusión y comunicación cara a cara.
- Los varones y las mujeres tienen diferentes preocupaciones en cuanto a la salud sexual, que se deben abordar de manera diferente.
- Es preciso formular cuidadosas estrategias de comunicación para reducir el estigma asociado con el uso de condones.
- Es menester que los jóvenes participen en el diseño de los programas, pero tal vez necesiten orientación para mantener su focalización en cuestiones de importancia crítica.

I3 MEJORA DEL ASESORAMIENTO Y LA DETECCIÓN VOLUNTARIOS PARA LOS JÓVENES La investigación y la experiencia en los programas de asesoramiento y detección voluntarios han determinado cuáles son las cualidades para que sean eficaces y acogedores para los jóvenes:

- Los encargados de prestar servicios deben estar capacitados para asesorar a los jóvenes con respecto al VIH.
- Es preciso utilizar locales separados o alternativos para que los jóvenes no tropiecen con familiares o adultos conocidos al acudir a los servicios de asesoramiento y detección voluntarios.
- Es menester que las pruebas de detección para los jóvenes sean gratuitas o a precio reducido.
- Es necesario contar con un sistema de remisión de los jóvenes a otros establecimientos.
- Es necesario realizar tareas de difusión en escuelas y grupos juveniles.
- Es preciso realizar campañas en medios de difusión múltiples para informar a los jóvenes acerca del asesoramiento y la detección voluntarios.

sexuales, o ser fieles a una misma pareja, o tener menor cantidad de parejas sexuales, o utilizar condones. La mayoría de ellos habían comunicado los resultados a sus parejas y cónyuges, antes que a sus progenitores, a quienes no querían frustrar. De los que no se habían sometido a pruebas, la mayoría querría hacerlo en el futuro. Los encuestados valoraban el asesoramiento ofrecido en los servicios, pero la mayoría de los encargados de dichos servicios se consideraban mal preparados para asesorar a los jóvenes.

Para asesorar a los jóvenes es menester tener una capacitación especial, particularmente para llegar a las víctimas de violación, a quienes han amenazado con suicidio, o tienen intención de dañar a sus parejas o se proponen marcharse de su hogar o de la escuela.



4 promoción de comportamientos más saludables

Las información y la educación sobre salud sexual y reproductiva tienen importancia crítica para el desarrollo y el bienestar de los adolescentes. Es imprescindible promover cambios en los comportamientos para reducir la cantidad de embarazos en la adolescencia y frenar la pandemia del VIH/SIDA.

En la CIPD, los países convinieron en que "... deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación".

Los programas que proporcionan información sobre la sexualidad también dedican cada vez mayor atención a proporcionar a los adolescentes los conocimientos prácticos que necesitan para efectuar la transición hacia la adultez; y satisfacer sus necesidades de salud cuando sean adultos. Aumentar los conocimientos de los jóvenes es más fácil que ayudarlos a adquirir nuevas aptitudes. La programación también consume más tiempo y es más costosa, dado que los propios maestros y líderes de la juventud deben ellos mismos adquirir en primer término las aptitudes, y aprender cómo impartirlas eficazmente. Pero si se aspira a que los jóvenes comuniquen sus necesidades, acudan en procura de la atención que necesitan y efectúen razonables opciones, estas inversiones revisten importancia crítica.

Si bien todos los jóvenes necesitan información y aptitudes para abstenerse o mantenerse libres de las consecuencias de relaciones sexuales sin protección y disfrutar de estilos de vida saludables y positivos, es necesario que los programas presten especial atención a los que son más vulnerables y están en situación de mayor riesgo.

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO EN LOS COMPORTAMIENTOS

Los diversos enfoques encaminados a mejorar los conocimientos, las aptitudes y las actitudes suelen denominarse ahora "comunicación para el cambio de los comportamientos" (BCC). Los temas al respecto abarcan: biología de la reproducción, desarrollo humano, relaciones y sentimientos, sexualidad, comunicación y negociación, cuestiones de género, prácticas sexuales de menor riesgo (inclusive abstinencia, aplazamiento de la primera relación sexual y limitación del número de parejas), y métodos de protección contra el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH.

Los métodos para transmitir la información abarcan la educación escolar y extraescolar, las representaciones dramáticas y comunicaciones populares, los medios de difusión de masas (inclusive televisión, radio, periódicos y otros medios impresos y cada vez más, los medios electrónicos), líneas telefónicas de emergencia, comunicaciones interpersonales y asesoramiento interpersonal. Utilizando varios de esos formatos, un único programa puede llegar a diferentes segmentos de la población de jóvenes y reforzar los mensajes.

Las comunicaciones para el cambio de los comportamientos pueden generar demanda de servicios de salud reproductiva, velar

I4

CAMBIO EN LOS COMPORTAMIENTOS Y REDUCCIÓN DEL VIH EN

UGANDA En Uganda, los jóvenes han desempeñado un apreciable papel en la reducción de la prevalencia del VIH, desde su valor máximo de alrededor del 15% de los adultos en 1991, hasta el 5% en 2001. El aumento en la edad en que los jóvenes comienzan a tener actividad sexual, las reducciones en el número de parejas sin futuro y de las parejas casuales y las relaciones con trabajadoras comerciales del sexo y el mayor uso de condones, son todos factores conducentes a dicha disminución.

A partir de 1986, el elemento fundamental de la respuesta de Uganda fue el decidido apoyo

político del Presidente Museveni y una respuesta multisectorial en la que han participado más de 700 organismos gubernamentales y ONG en la lucha contra el VIH/SIDA. Las acciones comunitarias promovieron el cambio en los comportamientos y la ampliación de los medios de acción de las mujeres y las niñas, impartieron educación a los jóvenes dentro y fuera de las escuelas y contrarrestaron la discriminación contra las personas que viven con el VIH.

Las comunicaciones comunitarias y cara a cara fueron la clave de la difusión de los mensajes para el cambio de los comportamientos. En 1990 se inauguró en Uganda el primer centro que ofreció servicios voluntarios de asesoramiento y

detección, con apoyo ulterior mediante clubes, abiertos a todos los que habían sido objeto de detección, independientemente de los resultados.

Los jóvenes ugandeses han cambiado marcadamente su comportamiento sexual. En un distrito escolar, en 1994 más del 60% de los estudiantes de 13 a 16 años de edad manifestaron que ya habían tenido relaciones sexuales. En 2001, esa proporción fue inferior al 5%.

Uganda, que tiene considerable experiencia con programas educacionales sobre salud sexual y reproductiva, espera llegar a 10 millones de estudiantes con un nuevo programa de estudio sobre el VIH/SIDA.

por que las comunidades acepten esos servicios, apoyar a los jóvenes que los utilizan, dar a conocer la ubicación de los servicios y lo que ofrecen, y asegurar a los jóvenes que son bienvenidos. Esas actividades deben ser sensibles a las diferentes necesidades de diversas poblaciones de jóvenes, particularmente a las diferencias entre los jóvenes varones y las jóvenes mujeres en cuanto a conocimientos, aptitudes, poder y grado de acceso.

En Zambia, la prevalencia del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad disminuyó desde el 28% en 1993 hasta el 15% en 1998. Este cambio se atribuye a que los jóvenes tienen menos cantidad de parejas sexuales y utilizan condones con más frecuencia, en respuesta a diversas actividades de promoción del cambio en los comportamientos. Apoyar a los jóvenes para que se abstengan de las relaciones sexuales y asegurar que quienes optan por entablarlas también tengan acceso al suministro de condones, son dos factores de importancia crítica para el éxito.

En el Brasil, ha aumentado el porcentaje de adolescentes que manifiestan que están utilizando condones. En 1994, sólo un 4% de ellos dijeron que habían utilizado un condón en su primera relación sexual. En 1999, casi la mitad de ellos (48%) afirmaron que utilizaban condones regularmente. El aumento se ha atribuido a una mayor conciencia sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y acerca de las dificultades que conllevan los embarazos no deseados².

Dónde obtienen información los adolescentes

Los adolescentes manifiestan que lo que saben, o creen que saben, sobre la sexualidad y la salud reproductiva, proviene de diversas fuentes. En muchos lugares, una gran proporción de los jóvenes al parecer utilizan mayormente las fuentes menos fidedignas: sus compañeros de la misma edad, o lo que ven por televisión y otros medios de entretenimiento. Los jóvenes recurren a diferentes fuentes para obtener diversos tipos de información; por ejemplo, los medios de difusión de noticias pueden ser importantes fuentes de información acerca del VIH/SIDA.

En la mayoría de los casos, los padres y madres no son las fuentes primordiales de información, aun cuando las muchachas tal vez reciban de sus madres información sobre la menstruación y los riesgos del embarazo³. Los jóvenes varones recurren más a maestros, a profesionales de la salud o a sus amigos.

Abundan los conceptos erróneos que pueden conducir a comportamientos riesgosos. Algunos ejemplos de conceptos erróneos: “Una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales”; “el VIH es muy pequeño y atraviesa los poros del condón”; “con sólo mirar a una persona se sabe si tiene VIH/SIDA”⁴.

En los estudios sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los jóvenes se comprueba una combinación de ansiedad e ignorancia; por una parte, tienen excesiva confianza en que saben todo lo que hay que saber y, por otra parte, se lamentan de saber muy poco. Al salir de la pubertad y entrar en el ancho mundo, los jóvenes suelen estar muy preocupados acerca del embarazo accidental, el VIH/SIDA y otras amenazas a su salud, pero tienen suma dificultad en plantear esos temas tan delicados. Muchas veces, las jóvenes temen que formular preguntas las tipifique como promiscuas. Los jóvenes varones

pueden pensar que el embarazo es “asunto de mujeres”. Los jóvenes de uno y otro sexo tienden a subestimar los riesgos de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en cuanto a sí mismos y a sus parejas⁵. Los jóvenes se esfuerzan por no aparecer más interesados en cuestiones sexuales que lo que realmente están.

Con frecuencia, los adultos se muestran renuentes a hablar con los adolescentes sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva, a veces porque se sienten turbados al hablar de “cuestiones privadas”, y a veces porque piensan que al hablar se alentará la promiscuidad, o al menos la experimentación en cuestiones sexuales. Los padres, madres, educadores y profesionales de la salud tal vez carezcan de información fidedigna o capacitación para transmitir esa información a los jóvenes. Una porción relativamente pequeña de la información que tienen los jóvenes con respecto a la salud sexual y reproductiva viene de esas fuentes⁶, aun cuando un estudio realizado en Alemania comprobó que un 69% de las adolescentes afirmaron que su información había sido proporcionada por sus madres. Los padres y madres son una fuente más importante de información para adolescentes de menor edad⁷.

Actualmente, los jóvenes tienden a absorber de manera aleatoria conocimientos provenientes de la familia, los amigos, otros jóvenes, la escuela, la televisión, las películas y la Internet. El resultado es: una ignorancia generalizada, información parcial, mitos y creencias erróneas. La mejor solución, especialmente cuando se trata de adolescentes de más edad, es impartir educación sexual en la escuela. Los programas varían mucho en cuanto a su calidad, pero los estudios han demostrado repetidamente que una información de buena calidad comunicada en el momento correcto y a la edad apropiada, alienta el comportamiento responsable y tiende a aplazar el comienzo de las relaciones sexuales⁸. Las características importantes son: que la información esté disponible y sea fidedigna y apropiada para la edad del adolescente y su nivel de desarrollo. Los jóvenes quieren y aprecian esa información y se conducirán sobre la base de ella⁹.

Educación en las escuelas sobre sexualidad

Los programas educacionales sobre salud sexual y reproductiva han experimentado diversos cambios en los últimos decenios, muchos de ellos atinentes a las dificultades para abordar cuestiones sexuales. El tema se ha denominado en algunos casos educación sobre la procreación y la crianza de los hijos (especialmente para adolescentes embarazadas), educación sobre la vida en familia (que a veces ha omitido completamente los aspectos de sexualidad), educación sobre población (con una amplia gama de contenidos y enfoques) o, más recientemente, planificación para la vida o adquisición de aptitudes para la vida (que puede o no incluir cuestiones de sexualidad).

Después de la CIPD se ha reconocido que las cuestiones de sexualidad, salud reproductiva, aptitudes para la vida y planificación para la vida son todas componentes clave de la educación sobre salud reproductiva. Las cuestiones de género, ausentes en muchas de las programaciones anteriores, ahora también reciben atención prioritaria.

También han cambiado los métodos de instrucción, desde un enfoque didáctico hacia otro que hace mayor hincapié en la participación de los estudiantes y la adquisición de aptitudes, particularmente aptitudes de comunicación.

Sobre la base de un examen de los programas de educación sobre sexualidad impartidos en los Estados Unidos, un experto llegó a la conclusión de que los programas escolares tienen más éxito cuando proporcionan un mensaje claro y coherente basado en información fidedigna; se centran en reducir los comportamientos sexuales conducentes al embarazo no deseado y la infección; son específicos para determinadas edades y determinadas culturas; se basan en un marco teórico que comprobablemente cambia los comportamientos en cuanto a la salud; utilizan métodos didácticos con participación de los estudiantes; tratan de desarrollar aptitudes y abordan presiones sociales; y motivan y capacitan a los maestros para que participen¹⁰.

Es necesario que los maestros estén preparados para abordar los delicados temas concernientes a la transmisión del VIH. Un estudio de programas sobre el SIDA impartidos en escuelas de Botswana, Malawi y Uganda comprobó que la falta de tiempo, de recursos y de capacitación de los docentes entorpecía la educación basada en programas escolares y menoscababa el asesoramiento y la educación de jóvenes por otros jóvenes¹¹. Un estudio realizado en Colombia comprobó que “a menudo, los maestros no están preparados para hablar con los adolescentes de cuestiones de sexualidad”¹². En la evaluación de un eficaz programa educacional sobre el SIDA, que ahora es obligatorio en Zimbabwe, se comprobó que los redactores de los programas de estudios y los maestros necesitaban más capacitación en técnicas de participación¹³.

Un estudio realizado en 2000 sobre México, Sudáfrica y Tailandia comprobó que es mucho lo que a los estudiantes les queda por aprender con respecto al VIH y las relaciones sexuales menos riesgosas¹⁴. El estudio sobre Colombia comprobó que “los jóvenes suelen estar deficientemente informados con respecto a su propia sexualidad y salud, inclusive cuestiones relativas a la anticoncepción, la planificación de la familia y el VIH/SIDA”¹⁵.

No obstante, en un reciente estudio realizado en 107 países se comprobó que en 44 no se incluía la educación sobre el SIDA en los currículos escolares¹⁶.

La educación sobre la sexualidad tiene un gran potencial para llegar a grandes públicos, al menos en países donde hay una alta proporción de jóvenes que asisten a la escuela. Un reto de gran magnitud es ampliar el uso de enfoques y currículos que han sido ensayados con éxito en pequeña escala.

Un concepto erróneo común entre padres, madres y líderes comunitarios es que al impartir educación sobre la sexualidad se propiciará que los jóvenes inicien actividades sexuales precoces. Las evaluaciones han demostrado que esos temores carecen de fundamento. En los dos análisis más exhaustivos de estudios sobre programas impartidos en las escuelas, la OMS y la Campaña Nacional Estadounidense para Prevenir el Embarazo en la Adolescencia llegaron a la conclusión de que los programas de educación sobre la sexualidad no promueven una mayor actividad sexual de los jóvenes ni conducen a que ésta aumente¹⁷. En el estudio estadounidense también se comprobó que los programas sobre el VIH tenían mayores probabilidades de conducir a reducir el número de parejas sexuales y aumentar el uso de condones.

No obstante, continúa el debate, particularmente en los Estados Unidos, acerca de las virtudes de ceñirse a promover la abstinencia

15

CÓMO LAS ESCUELAS PUEDEN REDUCIR LA INFECCIÓN CON EL VIH

En estudios sobre México, Sudáfrica y Tailandia se han detectado algunas características fundamentales de programas escolares exitosos sobre el VIH/SIDA:

- Los maestros deben estar preparados para estudiantes cuyas experiencias sexuales son muy diferentes, desde los que nunca han tenido relaciones sexuales hasta los que se han visto sometidos a relaciones sexuales forzadas.
- Las estrategias para negociar las relaciones sexuales o negarse a ellas deben tomar en cuenta la naturaleza intermitente de tales relaciones entre los adolescentes.
- Los cursos deben examinar la presión que los jóvenes ejercen sobre otros jóvenes para que tengan relaciones sexuales y las normas relativas a la masculinidad, la feminidad y la autoestima.
- Es necesario que los programas traten del uso de condones, de modo que los jóvenes que comienzan a tener relaciones sexuales puedan protegerse a sí mismos y confiar en que están utilizando los condones correctamente.
- Es preciso que los estudiantes aprendan a determinar con exactitud cuál es su riesgo personal de infección.
- Es menester que los maestros y los planificadores de currículos reconozcan que los estudiantes poseen algunas nociones correctas acerca del VIH/SIDA, pero tienen conceptos erróneos sobre otros aspectos, o los desconocen.
- Es necesario que los programas hablen de las personas que viven con el VIH y el SIDA.

como único medio de prevenir el embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual, en lugar del otro criterio, proporcionar una información más completa sobre la prevención.

EL ABC DE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Para contrarrestar la pandemia será necesario aplicar diversos enfoques que incorporen tanto prevención como tratamiento. Los costos de la prevención—financieros, sociales y personales—son muy inferiores a los costos del tratamiento. Un enfoque cada vez más popular en África es el enfoque “ABC”: abstenerse (*Abstain*) de las relaciones sexuales (o en el caso de los jóvenes, aplazar la iniciación de las relaciones sexuales); ser fiel (*Be faithful*) a una pareja no infectada (o reducir el número de parejas sexuales); y utilizar correcta y sistemáticamente el condón (*use Condoms*). Un cuarto componente del mensaje, “D”, se refiere a la reducción de los efectos nocivos en zonas donde prevalece el uso de drogas (*Drug use*) (o bien por vía endovenosa o bien el uso de bebidas alcohólicas con fines de recreación). Algunos también se refieren al enfoque ABC+, que incluye el mensaje de recurrir a la detección y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (las cuales incrementan el riesgo de transmisión del VIH cuando se entablan relaciones sexuales sin protección).

Las pruebas indican que muchos jóvenes están cambiando sus comportamientos a medida que van cobrando mayor conciencia acerca del VIH/SIDA y la manera de evitarlo. En Uganda se ha reducido la prevalencia del VIH debido, en gran parte, a que los jóvenes

aplazan ahora su primera relación sexual y tienen menor cantidad de parejas sexuales que hace algunos años, y a que quienes tienen relaciones sexuales riesgosas probablemente están más inclinados a utilizar condones.

El mensaje ABC(D) es directo, pero las normas sociales, culturales y de género obstaculizan su aplicación en algunos lugares. En muchos casos, las jóvenes carecen de libertad para optar por abstenerse de las relaciones sexuales o negociar el uso de condones con sus parejas¹⁸.

Cada componente del mensaje ABC debe presentarse de manera integral y equilibrada. Al promover exclusivamente la abstinencia se hace caso omiso de la probabilidad de que algunos jóvenes entablen relaciones sexuales riesgosas, por ejemplo, varones adolescentes que visitan a prostitutas, o jóvenes, tanto varones como mujeres, que no reconocen su propio riesgo de infección y tienen múltiples parejas sexuales. Al promover el uso del condón afirmando que proporciona una protección del 100% tal vez se estaría alentando involuntariamente el comportamiento de alto riesgo¹⁹.

LOGROS PROGRAMÁTICOS En Namibia, las niñas que participaron en un curso escolar titulado “Yo escojo mi futuro” tenían mayores probabilidades de seguir siendo vírgenes doce meses después de finalizado el programa que las niñas que no participaron²⁰.

En Mongolia, con apoyo del UNFPA, el Gobierno adoptó una decisión normativa explícita de apoyar la educación universal sobre sexualidad, comenzando cada año en el tercer grado y destacando como fundamental el concepto de género²¹. Actualmente, un 60% de las escuelas secundarias imparten ese curso. La retroinformación por parte de maestros y estudiantes es sumamente positiva, aun cuando unos y otros expresan una misma preocupación: que se dispone de muy poco tiempo para el estudio de ese currículo²².

En 1993, antes de la CIPD, Colombia estableció la educación obligatoria sobre sexualidad en todas las escuelas primarias y secundarias. Si bien el programa se ha resentido a consecuencia de la escasez de fondos y las demoras en la formación de maestros, actualmente la mayoría de las escuelas están utilizando ese currículo²³. En virtud de un programa impartido en las escuelas, entre 1997 y 1999 aumentaron los conocimientos sobre el VIH/SIDA y cambiaron las actitudes de 8.000 jóvenes²⁴. Sobre la base de esa experiencia, el Ministerio de Salud, Educación y Bienestar de la Familia, colaborando con varias ONG, ha elaborado instrumentos nacionales para la educación sobre sexualidad.

En Sudáfrica, los Departamentos Nacionales de Educación y Salud han comenzado a impartir en las escuelas secundarias públicas capacitación sobre “aptitudes para la vida”²⁵. En México, se ensayó en las escuelas secundarias una variante de este enfoque, titulado “Planeando tu vida”; posteriormente, padres, madres, maestros y estudiantes se manifestaron a favor de su inclusión en el currículo oficial. Los estudiantes aprendieron acerca de los anticonceptivos pero no hubo un mayor aplazamiento del inicio de las actividades sexuales, en comparación con quienes no habían participado. Los estudiantes sexualmente activos que siguieron el curso probablemente utilizaban anticonceptivos más que quienes no han participado²⁶.

Un proyecto del UNFPA en los Territorios Palestinos Ocupados combinó las acciones en las escuelas con otras actividades comunitarias e integró las cuestiones de salud reproductiva y género en los

currículos escolares, la educación de adultos y los programas de educación de jóvenes. Los maestros y supervisores se convirtieron en promotores en la comunidad y los líderes de la juventud suscitaron intercambios de ideas sobre temas anteriormente restringidos²⁷.

En países donde la educación sobre sexualidad no es obligatoria, con frecuencia se emprenden proyectos piloto. En seis escuelas primarias y secundarias de Río de Janeiro y Recife, BEMFAM (Asociación de Planificación de la Familia del Brasil) contribuyó a incorporar la educación sobre sexualidad y la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH en los currículos, inclusive el asesoramiento *in situ* y la remisión a clínicas. Como resultado, aumentó el uso de condones y el número de estudiantes que sabían dónde podían obtener servicios de salud reproductiva. También mejoró la comunicación entre estudiantes y maestros y entre hijos, padres y madres²⁸.

CAMBIOS JURÍDICOS Y NORMATIVOS Recientemente, varios países han cambiado sus leyes o políticas, para apoyar los programas impartidos en las escuelas:

- En 2000, el Gabón aprobó leyes que garantizan la provisión de información y capacitación a niñas y niños varones sobre temas de higiene, nutrición y prevención de las infecciones de transmisión sexual²⁹.
- En 2002, Panamá aprobó una ley de orientación normativa sobre las adolescentes embarazadas. Una disposición estipula que el Ministerio de Salud ha de capacitar a los maestros y proporcionarles información para que puedan asesorar a las adolescentes embarazadas sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva³⁰.
- En 2001, China promulgó la Ley sobre población y planificación de la familia, que establece la educación en las escuelas sobre salud fisiológica, pubertad y salud sexual³¹.
- En 2000, Honduras aprobó la Ley sobre igualdad de oportunidades para la mujer, que estipula en parte que el Gobierno incluya la educación sobre población en las escuelas, así como la información sobre sexualidad, reproducción, prevención de las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados³².

INVOLUCRAR A PADRES Y MADRES Muchos padres y madres no saben cómo comunicarse con sus hijos en cuestiones de salud sexual y reproductiva, aun cuando preferirían poder hacerlo. A fines del decenio de 1990, en una encuesta entre padres y madres mexicanos se comprobó que un 87% apoyaban que en las escuelas se impartiera, de manera apropiada a los distintos tramos de edades, la educación sobre sexualidad³³. Se han efectuado comprobaciones similares en otros países. No obstante, aun cuando demuestran su apoyo, los padres y madres son ambivalentes y les preocupa que el contenido de la educación sea apropiado a su cultura. Al involucrarlos en el diseño y el monitoreo de esos programas, es posible mitigar esas preocupaciones.

El UNFPA y otros organismos han formulado programas para ayudar a padres y madres a comunicarse eficazmente con los

adolescentes en lo concerniente a la sexualidad. *Family Care International* y la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Oficina para África, han producido materiales para facilitar esa comunicación; se alienta a los jóvenes a dedicar todo el tiempo necesario, a no permitir que el bochorno les impida comunicarse, demostrar respeto por sus padres y madres y a aprender todo lo que puedan de las experiencias de éstos³⁴.

ENSEÑANZA EXTRAESCOLAR Cuando la matriculación escolar es baja o hay necesidades especiales, es posible impartir enseñanza extraescolar adaptada a un determinado grupo. Por ejemplo, el Comité para el Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC) estableció centros primarios extraescolares para niños campesinos de 10 a 15 años de edad que nunca habían asistido a la escuela, un 70% de ellos, niñas. El programa prepara a los estudiantes para que posteriormente se incorporen a las escuelas ordinarias. Se integran en el currículo temas de salud reproductiva. Se hace especial hincapié en involucrar a padres y madres³⁵. Al menos 350 escuelas han participado en este programa, el cual también ha creado conciencia sobre las necesidades de los adolescentes e influido sobre las normas comunitarias³⁶.

En Egipto, la organización Nuevos Horizontes involucró a líderes comunitarios, agentes de salud, líderes religiosos, padres y madres en el diseño de un programa extraescolar para impartir información esencial sobre aptitudes para la vida y salud reproductiva a niñas y adolescentes de entre 9 y 20 años de edad. Desde 1995, más de 100 ONG han ejecutado el programa en siete gobernaciones³⁷.

Educación y asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes

EDUCACIÓN DE JÓVENES POR OTROS JÓVENES En los últimos años, esta modalidad de educación ha pasado a ser uno de los enfoques más comunes para abordar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. La educación de jóvenes por otros jóvenes es un enfoque o estrategia que entraña el uso de los miembros de determinado grupo para introducir cambios en los comportamientos de otros miembros del mismo grupo. Las evaluaciones programáticas están documentando cada vez más los efectos de esos programas sobre los grupos destinatarios. Por otra parte, hay pruebas mucho más decisivas de los efectos sobre los propios educadores de otros jóvenes en cuestiones como aumento de sus conocimientos, adopción de comportamientos sexuales menos riesgosos y mejores actitudes³⁸.

En los países de la CEI y del Báltico, el UNFPA trabajó activamente para ejecutar, supervisar, monitorear y evaluar programas multisectoriales de educación de jóvenes por otros jóvenes, mejorar la posición y la credibilidad de ese tipo de educación en la región y fortalecer los programas de educación sobre sexualidad impartiendo aptitudes para la vida. En los últimos dos años, el proyecto ha colaborado con 158 iniciativas en 27 países y ha capacitado a 165 jóvenes para que cumplan funciones de educadores de otros jóvenes y, de ese modo, llegar a 31.000 jóvenes, integrando al mismo tiempo las cuestiones de género en la prevención del VIH/SIDA. El proyecto ha utilizado tecnología de la información para producir el *Youth Peer Education Electronic Resource* (Recurso electrónico para la educación de jóvenes por otros jóvenes) (Y-PEER) con listas de envío por correo

electrónico, sitios Web y aprendizaje a distancia. Actualmente, Y-PEER vincula a 370 jóvenes educadores con otros jóvenes en 27 países, posibilitando que tengan un cómodo acceso a los materiales didácticos y los programas de capacitación.

En Nigeria y Ghana, el *West African Youth Initiative Project* (Proyecto de la Iniciativa para los Jóvenes del África Occidental) utilizó a jóvenes educadores de otros jóvenes para aumentar el acceso a información, educación, asesoramiento y servicios en materia de salud reproductiva, en beneficio de jóvenes en ámbitos escolares y extraescolares. El proyecto operó por conducto de organizaciones comunitarias de la juventud y, por ende, dependió de la participación comunitaria. Tuvo notables efectos sobre los conocimientos y los comportamientos de los participantes, incluido un aumento en el uso de condones³⁹.

En el Camerún, el proyecto *Entre nous jeunes* (Entre nosotros los jóvenes) fue diseñado para aumentar el uso de anticonceptivos y reducir las infecciones de transmisión sexual y con el VIH y los embarazos no deseados entre los adolescentes. Los jóvenes educadores de otros jóvenes ofrecieron actividades en grupo e individuales, proporcionando información y remisión a servicios apropiados. Los participantes demostraron haber adquirido mejores conocimientos sobre salud reproductiva y aumentado el uso de condones⁴⁰. El uso de condones también aumentó después de un proyecto de educación de jóvenes por otros jóvenes conducido por una asociación de planificación de la familia en la República Dominicana⁴¹.

En Zambia, la distribución de condones a jóvenes por otros jóvenes se comparó con la provisión de pequeños préstamos a adolescentes para que inicien empresas. Ambas actividades condujeron a comportamientos sexuales menos riesgosos, pero la educación de jóvenes por otros jóvenes tuvo mayores beneficios⁴².

Etiopía, donde la tasa nacional de prevalencia del VIH es 7,3% (13,4% en zonas urbanas) se ha capacitado al primer grupo de 60 consejeros de jóvenes para combatir el VIH/SIDA. Esos jóvenes se encargarán del asesoramiento en centros de asesoramiento y detección voluntarios⁴³.

Los programas de educación de jóvenes por otros jóvenes pueden abordar la desigualdad de género, que perpetúa la mala salud sexual y reproductiva. Un estudio sobre Sudáfrica comprobó que los programas tienen mayores posibilidades de éxito cuando ayudan a los jóvenes a comprender que las normas de género reinantes son nocivas para su salud sexual y les inspiran confianza en sus posibilidades de resistirse a esas normas⁴⁴. Un proyecto realizado por las filiales de la Cruz Roja en Australia y la RDP Lao está abordando el estigma que obsta a que los jóvenes comprendan, tengan consigo y utilicen condones⁴⁵.

Algunos programas tienen el propósito de reducir el riesgo de infección con el VIH entre las niñas adolescentes. Un programa realizado en un recinto universitario de Nigeria tiene como destinatarias a las jóvenes que tienen relaciones con hombres de mayor edad para obtener dinero y así sufragar la matrícula universitaria. Las jóvenes educadoras las ayudaron a considerar los riesgos de infección con el VIH, la necesidad de utilizar condones y las aptitudes para negociar el uso de condones⁴⁶. En Nigeria meridional la *Girls Power Initiative* (Iniciativa sobre el poder de las niñas) utiliza métodos participatorios que acrecientan las aptitudes de las estudiantes para

resolver problemas. Por ejemplo, cuando se reúnen con un profesor de sexo masculino, se alienta a las niñas a que se hagan acompañar por otra persona y evitar así la explotación sexual⁴⁷.

En Ghana, donde la prevalencia del VIH entre los adolescentes sigue siendo relativamente baja (2,2% entre los jóvenes de 10 a 19 años de edad), los programas de educación de jóvenes por otros jóvenes han llegado eficazmente a 75.000 jóvenes en ámbitos escolares y extraescolares, inclusive niños de la calle y trabajadoras del sexo. Los participantes han retenido lo aprendido acerca de prevención, abstinencia y uso de condones y han comunicado esta información a sus amigos. Gracias a actividades de difusión que complementan la educación de jóvenes por otros jóvenes, miles de niños de la calle han sido inmunizados y aconsejados y han recibido primeros auxilios e información acerca de su salud; muchos se han alojado en albergues vinculados al programa.

En una evaluación se comprobó que el programa había evitado los problemas y perturbaciones sufridos por otros programas debido a la renovación de personal y a la baja motivación entre los educadores de otros jóvenes. Los jóvenes educadores comprobaron una ignorancia generalizada y conceptos erróneos sobre temas como la prevención del embarazo, la menstruación y la higiene sexual, lo cual señaló la necesidad de proporcionar información más amplia sobre cuestiones reproductivas⁴⁸.

Los jóvenes que viven con el VIH/SIDA pueden ser especialmente eficaces para educar y motivar a otros jóvenes a fin de que

se protejan a sí mismos contra la infección. En Haití, la Asociación de Solidaridad Nacional, una organización de personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por la enfermedad, organizó reuniones para jóvenes. Estos respondieron positivamente al líder del grupo, persona infectada con el VIH, quien los exhortó a no entablar relaciones sexuales precoces y a mantenerse fieles a sus parejas⁴⁹.

ASESORAMIENTO DE JÓVENES POR OTROS JÓVENES En el asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes se abordan las necesidades cognitivas, emocionales, sociales y del comportamiento de las personas (y grupos de personas) de edad y circunstancias similares a las del consejero⁵⁰. El asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes tiene el propósito de prevenir y abordar problemas, facilitar el aprendizaje y el comportamiento positivo y realzar el desarrollo saludable de individuos y comunidades.

Mientras la educación de jóvenes por otros jóvenes trata de ofrecer los conocimientos y las aptitudes necesarios para que el grupo destinatario efectúe opciones bien fundamentadas, el asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes crea este efecto cuestionando además las normas socioculturales y valiéndose de experiencias personales compartidas. Por consiguiente, esos asesores de jóvenes necesitan aptitudes y capacitación adicionales, así como un seguimiento continuo de sus clientes, para cimentar la relación establecida durante el período de asesoramiento.

16

UNA JOVEN ASESORA EN SOWETO DISIPA TEMORES Y MITOS DE

OTRAS JÓVENES Mmagokgoshi Morema, de 23 años, es una educadora voluntaria de otros jóvenes en un centro de la juventud que mantiene en Soweto la Asociación de Planificación de la Familia de Sudáfrica (PPSA). El establecimiento tiene un "salón social" abierto después de las horas de escuela, donde los adolescentes pueden escuchar música, leer manuales o conversar.

"Una joven tal vez venga a requerir información acerca de la sexualidad o las relaciones. Se siente en libertad de hablarme a mí, pero no a una persona de más edad", dice Morema. "Si ella acudiera a una clínica, pensarían que es promiscua".

"Les enseñamos acerca de estilos de vida positivos, opciones bien fundamentadas y enfermedades de transmisión sexual y les hacemos saber que las toxicomanías causan la muerte. Pero no efectuamos opciones en su lugar".

Parte de su labor consiste en disipar conceptos erróneos. "Muchas jóvenes piensan que la píldora causa infertilidad o celulitis. Cuando se percatan de que la píldora no aruinará su cuerpo, la toman".

"Algunas piensan que al tener relaciones sexuales mientras están de pie no pueden quedar embarazadas; o que lo mismo sucede si comien-

zan a saltar o mantienen los dedos cruzados. No tienen idea sobre el ciclo menstrual ni saben que en ciertos días del mes es imposible concebir. Les enseñamos acerca del aparato reproductor y les mostramos diagramas de órganos masculinos y femeninos".

También los padres y madres acuden al centro. "Una madre pensaba que estábamos enseñando a sus hijas a tener relaciones sexuales. Le di nuestros folletos y le expliqué lo que realmente decimos a sus hijas. Los padres y madres deben saber que si una joven viene a la clínica, eso no significa que esté teniendo relaciones sexuales".

"Enseñamos a los padres y madres cómo hablar con una adolescente; es necesario no asustarla", dice Morema. "Cuando se les dice la verdad, comprenden mejor".

"Los jóvenes, en su mayoría, han oído hablar de las infecciones de transmisión sexual pero no saben en qué medida son perniciosas. Cuando se enteran, la mayoría de ellos se sorprenden de cuánto ignoraban. Me satisface saber que ahora saben".

"Les enseñamos el enfoque ABC. Muchos jóvenes piensan que la abstinencia es la clave y se abstienen. Algunos reducen el número de parejas sexuales. Muchos jóvenes acuden a la clínica para obtener condones; tienen miedo de morir. Les enseñamos cómo utilizarlos". Otros se

resisten a utilizar condones y algunos dicen "no se puede comer un bombón sin quitar la envoltura". Pero se contagian con enfermedades de transmisión sexual y se percatan de la realidad".

Morema participa en la iniciativa "Un millón de voces" de la PPSA, que se propone llegar a 3 millones de jóvenes en un lapso de tres años. "Negociamos con los directores de escuelas para que nos inviten a hablar a los estudiantes. Cuando los jóvenes no asisten a la escuela, los contactamos fuera de ella, en lugares como supermercados y clubes".

La labor es exigente y las horas de trabajo, largas. ¿Por qué lo hace? Explica: "Tengo un hijo. Yo no tenía suficiente información sobre el embarazo. Mi madre me dijo para asustarme que las relaciones sexuales eran dolorosas. Yo no conocía los derechos de los clientes. Mi madre solía fisgonear en mi habitación, en busca de anticonceptivos. Para ir a una clínica, es necesario tener una tarjeta; yo tenía miedo de que mi madre la encontrara, de modo que no me animaba a ir allí. En cambio, usé un calendario menstrual; tal vez cometí un error. Yo tenía 20 años".

"Me encanta trabajar con jóvenes; es mi pasión. Yo creía en esos mitos. Mi aspiración es eliminar las nubes que empañan sus ojos; es algo patente".

ASESORAMIENTO DE JÓVENES POR OTROS JÓVENES EN FILIPINAS

El asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes es fundamental en un activo programa del UNFPA de apoyo a proyectos que promueven una mejor salud sexual y reproductiva para los jóvenes en Filipinas⁵¹.

La Universidad de Santa María, en Nueva Vizcaya, da pruebas de cómo una escuela católica puede integrar en su programa la salud reproductiva de los adolescentes, pese a lo delicado del tema. En los lugares de reunión del recinto universitario, los jóvenes pueden ponerse fácilmente en contacto con los asesores que les proporcionan material de lectura sobre salud reproductiva.

Los jóvenes asesores organizaron el primer concurso de poemas de amor en el recinto universitario en Metro Manila. Los estudiantes participaron de manera entusiasta, hablando francamente sobre cuestiones relativas al amor y la sexualidad. En Davao City, varios jóvenes asesores habían sido ellos mismos beneficiarios del proyecto. Uno de ellos, Belay, abandonó una pandilla juvenil que se dedicaba al tráfico de drogas y el robo, y pasó a incorporarse al campamento de jóvenes del centro. Actualmente pone su talento artístico al servicio del grupo teatral de Kaugmaan.

Llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela

El mayor problema es llegar a los adolescentes que no asisten a la escuela. Algunos programas han encontrado la manera de utilizar a jóvenes educadores para llegar a este grupo destinatario. Otros programas con buenas perspectivas, patrocinados por organizaciones de la juventud, combinan acciones de información con actividades para la obtención de ingresos y las microempresas. Si bien esos grupos han adquirido importantes conocimientos, tales programas suelen ser de poca magnitud y difíciles de ampliar, porque carecen de una red o estructura preestablecida.

En Belice y el Perú, las asociaciones de planificación de la familia lograron llegar a los jóvenes que no asistían a la escuela mediante un programa de asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes en actividades dramáticas y de danzas y en estrategias para la obtención de ingresos, respectivamente⁵².

En colaboración con el Programa de Tecnología Apropiada para la Salud (PATH), la Asociación de Scouts de Kenya elaboró un programa sobre aptitudes para la vida en familia, de 72 horas de duración, que abarcaba la adopción de decisiones, la salud y la higiene, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la sexualidad, las relaciones y la salud reproductiva⁵³. Los líderes Scouts fueron capacitados para impartir lecciones y colaborar con padres y madres a los fines de mejorar la comunicación con los jóvenes, incluidos los temas de sexualidad. Una evaluación demostró que trabajar con un grupo homogéneo de jóvenes que no asisten a la escuela era más eficaz que combinar estos jóvenes con los que asisten a la escuela. En 1998, el UNFPA apoyó a la ampliación de este programa a todas las unidades de Scouts del país, en un lapso de cuatro años.

Al igual que *Homies Unidos* (véase el recuadro), el programa *Lifenet* de Tailandia se propuso crear redes de apoyo a jóvenes en situación de riesgo e impartirles aptitudes para que eduquen a otros jóvenes⁵⁴. El programa combinó diversas actividades de jóvenes, se vinculó con otras organizaciones de apoyo a los jóvenes y captó a líderes locales para superar las actitudes negativas hacia los jóvenes.

17

COMUNICACIÓN CON MIEMBROS DE PANDILLAS

En El Salvador, varios pandilleros en busca de vidas mejores y sin violencia fundaron en 1996 el grupo *Homies Unidos*. Como resultado de los doce años de guerra que padeció El Salvador, muchos niños quedaron solos y librados a sus propios medios y se sumaron a pandillas callejeras para lograr un sentido de pertenencia e identidad. Las vidas de los pandilleros son cortas y peligrosas.

Los fundadores de *Homies Unidos* querían subsanar tanto la violencia como los riesgos de salud que enfrentaban sus semejantes. Las experiencias iniciales les indicaron que debían captar a pandilleros para que actuaran como consejeros, de manera de atraer otros miembros y comunicarse utilizando el vocabulario y los códigos de conducta que les eran propios y aprovechando su conocimiento de las opciones de que disponían esos pandilleros en sus vidas.

Colaboró con administradores de bares y clubes nocturnos y creó oportunidades educacionales en locales donde los jóvenes permanecen mucho tiempo. Los jóvenes participantes en este proyecto posteriormente establecieron su propio grupo, *Cycle of Life* (Ciclo de vida) y crearon un boletín, una línea telefónica móvil de emergencia y un centro adonde es posible recibir atención sin necesidad de cita previa.

Medios de difusión de masas, entretenimiento y deportes

Los medios de difusión de masas pueden servir para crear conciencia en cuestiones políticas, fundamentar y alentar los comportamientos responsables y dar a conocer los servicios disponibles en la comunidad. Los programas utilizan diversos formatos para transmitir mensajes apropiados a determinados segmentos de la población. Los medios de difusión y las obras de entretenimiento suelen ser medios eficaces de llegar a los adolescentes.

Sexto Sentido es una "telenovela social semanal" que aborda temas complejos como la violación, la sexualidad, las toxicomanías y la violencia doméstica. Producido en Nicaragua por Puntos de Encuentro, una ONG feminista nicaragüense, *Sexto Sentido* es el programa televisivo con mayor número de espectadores en el horario en que se lo transmite y llega al 80% de los jóvenes de 13 a 17 años de edad con el mensaje: asume el control de tu vida⁵⁵. Un programa radiofónico difundido todas las noches y un curso de capacitación de jóvenes en liderazgo abordan más a fondo los temas de la telenovela.

También en Nicaragua, los organismos gubernamentales y las ONG colaboraron en la campaña *Juntos decidimos cuándo*, dirigida a jóvenes que tienen y que no tienen actividad sexual y a jóvenes padres y madres. Los mensajes, difundidos por radio y televisión y por la prensa escrita, promueven el espaciamiento de los nacimientos, el aplazamiento de las relaciones sexuales y la prevención de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Los concursos comunitarios de cantantes, el teatro callejero, las danzas y los conciertos fueron oportunidades para que las organizaciones de salud locales proporcionaran información y asesoramiento sobre salud reproductiva. Se distribuyeron condones en bares, discotecas y estaciones de servicio. La campaña llegó a la

mayoría de los jóvenes y muchos de ellos dijeron que, como resultado, habían adoptado cambios de comportamiento⁵⁶.

En Zimbabwe, mediante programas de radio, una línea telefónica de emergencia, espectáculos teatrales, materiales impresos (carteles, volantes y un boletín) y actividades de jóvenes educadores de otros jóvenes se informó a la juventud acerca de la salud reproductiva y se promovieron comportamientos menos riesgosos y la concurrencia a establecimientos que se habían convertido en acogedores para los jóvenes. El programa también estableció comités locales de acción integrados por jóvenes y captó el apoyo de padres, madres, maestros y líderes comunitarios. El proyecto logró llegar a la juventud en zonas urbanas y rurales, estimuló las conversaciones acerca de temas de salud reproductiva entre los jóvenes y sus padres y madres, acrecentó el uso de clínicas y anticonceptivos y exhortó a los jóvenes sexualmente activos a ser fieles a una pareja⁵⁷.

Otras exitosas acciones por conducto de los medios de difusión de masas son programas radiofónicos que reciben llamados de radioescuchas en Camboya, Kenya, el Paraguay y Zambia; periódicos preparados por jóvenes en Uganda y la República Unida de Tanzania; y líneas telefónicas de emergencia en Colombia, Guatemala, la India, México, el Perú, Filipinas y Uganda⁵⁸. Esos formatos preservan el carácter confidencial y pueden llegar a grandes cantidades de jóvenes, incluso a los analfabetos⁵⁹.

MÚSICA Y TEATRO Cuando músicos bien conocidos ponen sus nombres y su talento al servicio de mensajes sobre salud reproductiva, los jóvenes escuchan. El grupo *Artists against AIDS Worldwide* (Artistas contra el SIDA en todo el mundo), por ejemplo, es una red de músicos dedicada a movilizar recursos para combatir el SIDA⁶⁰. En Uganda, *Hits for Hope* (Éxitos al servicio de la esperanza) atrajo a públicos de hasta 15.000 jóvenes, en su mayoría varones, a

una serie de conciertos y dio a conocer una canción que tuvo gran éxito en las tres estaciones de radio del país⁶¹.

En el África occidental, un proyecto de planificación de la familia y prevención del SIDA iniciado en 1995 promovió una canción titulada *Wake Up Africa!* (¡Despierta, África!); una evaluación realizada en 1999 comprobó que la mitad de los jóvenes destinatarios había oído la canción y una quinta parte de ellos dijeron que como resultado de la campaña, habían cambiado sus comportamientos, inclusive utilizar condones o abstenerse de las relaciones sexuales.

Los jóvenes de Harare (Zimbabwe) miran *Studio 263*, una telenovela que forma parte de un programa integral de lucha contra el VIH/SIDA, en que se destacan problemas que enfrentan los jóvenes y se promueve la abstinencia, el apoyo a los jóvenes por otros jóvenes y el aplazamiento de las relaciones sexuales⁶².

En Jamaica, una radionovela apoyada por el UNFPA trató de disipar los mitos, destacar la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH y los peligros de las relaciones sexuales ocasionales y promover el uso de condones y la abstinencia. El proyecto fue reforzado por una línea telefónica de emergencia y por jóvenes educadores que enseñaron a otros jóvenes cómo negociar el uso de condones⁶³.

En Brasil, la ONG *Criar Brasil* inició un programa radiofónico para adolescentes en vecindarios pobres del interior del país. En 2001, el programa se difundió por conducto de 1.100 estaciones de radio⁶⁴.

Ashe (palabra africana que denota la fortaleza interior y el respeto por uno mismo) es una ONG que trabaja en Jamaica para fomentar la autoestima de los jóvenes, de modo que estén facultados para efectuar por sí mismos las opciones correctas. Ha presentado una representación teatral *Vibes in a World of Sexuality* (Vibraciones en un mundo de sexualidad), acerca del desarrollo personal mediante la educación de jóvenes por otros jóvenes en Jamaica y en todo el

18

“¿CUÁL ES TU EXCUSA?” En Europa oriental, el VIH/SIDA se está propagando con mayor rapidez que en cualquier otra parte del mundo. Pero los jóvenes sofisticados, al igual que muchos adultos, pueden ofrecer cualquier cantidad de razones para no usar condones y protegerse a sí mismos.

“Me siento incómodo”, admite un muchacho de aspecto recio, entusiasta del jazz.

“A mí las cosas me gustan al natural”, dice un joven vestido de negro, con tatuajes a lo largo de su brazo.

“Tenemos confianza recíproca”, dice una joven pareja de enamorados, abrazándose.

Enfrentar decididamente esas barreras en las actitudes es el tema central de una nueva campaña de anuncios preparada con el apoyo del UNFPA por la organización *Population Services International (PSI)*, con sede en Washington.

El lema de la campaña es “¿Cuál es tu excusa?”. La línea final es: “No hay excusas. Tienes que usar condones”.

La campaña, dirigida a jóvenes de 15 a 25 años de edad, abarca anuncios en los periódicos, carteles, camisetas, anuncios comerciales por radio y televisión y envolturas de condones. En todos se utilizan fotos sombrías y sugestivas y modelos “sexy” y de aspecto grave. La campaña fue iniciada en abril, en una reunión deportiva y musical en el Lago Ada, en Belgrado, a la que asistieron unos 100.000 jóvenes y en mayo en Sofía (Bulgaria). También llegará a Bosnia y Herzegovina.

“Hago lo que quiero, pero sé lo que hago”, es el lema de otra campaña apoyada por el UNFPA para promover comportamientos menos riesgosos entre los jóvenes albaneses.

Convencer a los jóvenes de que eviten los comportamientos sexuales riesgosos es el enfoque prioritario del UNFPA para la región. El Dr. Aleksandar Bodiroza, especialista en VIH/SIDA y salud reproductiva de los adolescentes que colabora con el UNFPA, dice: “En este momento, se está haciendo cada vez más tarde en Europa

oriental y el VIH/SIDA está llegando a proporciones epidémicas. Al centrar las acciones en promover cambios en los comportamientos e intensificarlas, tal vez podremos salvar centenares de miles de jóvenes vidas”. Actualmente, los programas para el cambio en los comportamientos en la región llegan sólo a un 40% de los jóvenes escolarizados y a un 3% de los jóvenes que no asisten a la escuela.

Las campañas de persuasión como “¿Cuál es tu excusa?” son un tipo de estrategia para el cambio en los comportamientos; otra modalidad es la educación de jóvenes por otros jóvenes capacitados y creíbles. La tercera parte del enfoque integral que apoya el UNFPA para prevenir la propagación de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, es velar por que se disponga de servicios de salud reproductiva “acogedores para los jóvenes”.

mundo⁶⁵. Ashe cuestiona los tabúes culturales que obstan a que los jóvenes hablen acerca de la sexualidad.

NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Los programas electrónicos interactivos y la Internet atraen a los jóvenes y proporcionan medios confidenciales de obtener información y, en algunos casos, de proporcionar asesoramiento. Si bien en el mundo en desarrollo no está generalizado el uso de estas tecnologías, su utilización va en aumento en muchos programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

Las filiales regionales del hemisferio occidental de la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) han utilizado cibercentros, sitios Web, programas interactivos de multimedia en CD-ROM y servicios de asesoramiento por e-mail (correo electrónico). En Chile, un CD-ROM trata de los papeles masculinos y la violencia por motivos de género. En El Salvador, un cibercentro ofrece acceso de bajo costo a la Internet. En Guatemala, se utilizó tecnología de microchip para crear un programa virtual de adopción de niños *Baby Think It Over* (Pensarlo bien antes de tener un hijo), que enseña acerca de las responsabilidades de la procreación⁶⁶.

En una evaluación de las actividades realizadas en Chile, El Salvador, Guatemala y el Perú se comprobó que estas tecnologías lograban efectivamente informar a los jóvenes de clase media residentes en ciudades acerca de la salud sexual y reproductiva y también los ayudaban a cambiar las actitudes acerca de los papeles de género, pero tenían menos efectos en otros grupos más necesitados de información y asesoramiento. En la evaluación se recomendó vincular la tecnología a las oportunidades de obtener servicios e involucrar a los jóvenes en el diseño de las actividades⁶⁷.

En 2002, jóvenes mujeres de todo el mundo participaron en un debate en línea acerca del VIH/SIDA y los derechos humanos, organizado por el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y la Asociación para los Derechos de la Mujer. Ese intercambio de ideas se presentó en un folleto titulado *Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS* (Actuar de inmediato: Una guía de recursos para las jóvenes sobre el VIH/SIDA)⁶⁸.

La Federación Internacional de Planificación de la Familia y BBC World Service copatrocinaron *Sexwise*, un sitio Web con información sobre salud sexual y reproductiva en 22 idiomas⁶⁹.

La Comisión Nacional Neerlandesa para la Cooperación Internacional y el Desarrollo Sostenible (NCDO) ha establecido vínculos entre estudiantes de 15 años de edad de la Argentina, el Líbano, Macedonia, los Países Bajos, Sudáfrica, Taiwán, Uganda y Zambia en un programa de siete semanas de duración presentado en la Internet que examina lo que saben acerca del SIDA y propone respuestas a la pandemia⁷⁰.

La organización *Advocates for Youth* (Defensores de la juventud) y la IPPF mantienen un sitio en la Internet titulado *Youth Shakers*, como recurso interactivo para jóvenes educadores de otros jóvenes en todo el mundo, que pueden intercambiar ideas, informar acerca de nuevas actividades y mejorar sus métodos de operación⁷¹.

DEPORTES Los deportes son un importante medio de llegar a los jóvenes, particularmente los varones. En África, las organizaciones deportivas comenzaron en 1996 la *Caring Understanding Partners*

19

LOS JÓVENES COMBATEN LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UN UNIVERSO VIRTUAL

Está en su ápice una guerra intergaláctica. Se le ha asignado a usted, en su calidad de miembro de la Confederación de la Tierra, la misión de aniquilar a las criaturas que viven en Itesius, el planeta de las infecciones de transmisión sexual. El enemigo sólo será exterminado si usted responde correctamente a una serie de preguntas acerca de la transmisión y los síntomas de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, y la manera de prevenirlos.

Así se presenta *Venerix*, un juego electrónico sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA que ha cobrado gran popularidad entre los jóvenes rumanos, al cabo de unos pocos meses. Fue creado por la *Youth for Youth Foundation* (Fundación de jóvenes para los jóvenes), establecida en 1991 para que los jóvenes adopten estilos de vida saludables y comportamientos responsables.

La Fundación, percatándose de que los jóvenes rumanos dedican mucho tiempo a navegar la Internet o a juegos electrónicos de estrategia o de búsqueda, creó *Venerix* para suplementar su programa escolar de educación sobre vida en familia, que enseña a los participantes a comunicarse con otros jóvenes, adoptar decisiones responsables, decir NO, hacer frente a la presión de otros jóvenes y utilizar condones y otros métodos anticonceptivos.

Para que el juego llegue a tantos jóvenes como sea posible, lo ofrecen en un sitio Web, www.venerix.ro, del cual puede ser descargado fácilmente. Simultáneamente, la Fundación emprendió una campaña intensiva de promoción del juego en escuelas secundarias y cafés Internet.

El sitio se perfecciona continuamente para que sea dinámico e interactivo. Se agregaron un foro y un lugar de reunión para conversaciones, juegos instantáneos y un juego de interrogatorios triviales sobre salud sexual y reproductiva. El año pasado, el sitio atrajo a unos 135.000 visitantes.

Initiative (Iniciativa de aliados interesados y compasivos) para promover la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, además de la planificación de la familia y la inmunización de la infancia, organizando acontecimientos deportivos⁷². Otras campañas, entre ellas *Break the Silence: Talk about AIDS* (Quiebre el silencio: Hable del SIDA) iniciada en 1999 en Kenya y *Play for Life* (Deportes para la vida) iniciada en 2002 en Burkina Faso, Ghana, Malí y Nigeria, han logrado eficazmente llegar a los jóvenes con mensajes que salvan vidas. Las estrellas deportivas, entre ellas Ronaldo en el Brasil y Magic Johnson, jugador de basketbol en los Estados Unidos, han desempeñado una importante función para hacer llegar a los jóvenes los mensajes acerca del VIH/SIDA.



5 satisfacción de las necesidades en materia de servicios de salud reproductiva

El embarazo y la procreación en la adolescencia, con los riesgos que conllevan, debido a su magnitud plantean un grave problema de salud pública y también contribuyen al rápido crecimiento de la población en muchos países. Además, los jóvenes padecen altas tasas de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. Esta situación subraya la necesidad de proporcionar un acceso mucho mayor a servicios de salud reproductiva y sexual que sean acogedores para los jóvenes. Los servicios deberían ofrecerse de manera sensible a las cuestiones de género y apropiada a los jóvenes, como parte de acciones de desarrollo coordinadas.

Los jóvenes suelen ser reacios a solicitar servicios de salud reproductiva debido a la reprobación por parte de quienes prestan los servicios y de la comunidad, así como a su propia incertidumbre y carencia de conocimientos. Para contrarrestar esa situación es necesario adoptar diversas medidas: mejorar el ámbito normativo; fomentar el apoyo comunitario; abordar las necesidades de los adolescentes en materia de información y adquisición de aptitudes; y establecer servicios adecuados para las diferentes edades y que respondan a las necesidades.

El diseño de programas que puedan cumplir con ese cometido, ser sostenibles financieramente y ampliar su escala es un reto de grandes proporciones. El éxito depende del liderazgo gubernamental y la puesta en práctica de las medidas, la aplicación de políticas y leyes positivas y el uso eficaz de las redes existentes de establecimientos de salud pública, escuelas y otras organizaciones comunitarias, para llegar a la mayoría de las poblaciones de jóvenes.

Embarazo precoz

En todo el mundo, el embarazo es una de las principales causas de defunción de las jóvenes de entre 15 y 19 años de edad; los principales factores son las complicaciones del parto y del aborto realizado en malas condiciones¹. Por razones tanto fisiológicas como sociales, en este grupo de edades las mujeres tienen probabilidades de perder la vida en el parto dos veces superiores a las de las mujeres mayores de 20 años. Las niñas menores de 15 años tienen probabilidades de morir cinco veces superiores a las de las mujeres de más de 20 años².

Las niñas que no están plenamente desarrolladas físicamente tropiezan con dificultades en las relaciones sexuales, el embarazo y

el trabajo de parto. Entre las jóvenes que dan a luz por primera vez, es muy común el parto obstruido. Un estudio realizado en Etiopía comprobó que el parto obstruido era causa de un 46% de las defunciones debidas a la maternidad³.

En todo el mundo, hay cada año 14 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad—casadas y solteras—que dan a luz⁴. Las mujeres que comienzan a dar a luz en la adolescencia en general tienden a tener mayor cantidad de hijos, y con intervalos menores entre estos, que las mujeres que comienzan más tarde⁵.

En Bangladesh, más de la mitad de todas las mujeres tienen su primer hijo antes de cumplir 19 años⁶. En otros países en desarrollo, entre la cuarta parte y la mitad de todas las jóvenes dan a luz antes de cumplir 18 años⁷. Los países africanos son los que tienen más altas tasas de fecundidad en la adolescencia y mayores variaciones en esas tasas, en comparación con otras regiones⁸.

En el Asia oriental, los aumentos en la edad al contraer matrimonio y la baja incidencia de las relaciones sexuales prematrimoniales han redundado en bajas tasas de procreación entre las adolescentes⁹.

ABORTO REALIZADO EN MALAS CONDICIONES De la cantidad de abortos en malas condiciones realizados cada año, estimada en 20 millones, que causan unas 78.000 defunciones, corresponde a las jóvenes de 15 a 19 años de edad al menos la cuarta parte¹⁰. Es desproporcionado el número de adolescentes que recurren a abortos realizados en malas condiciones, debido a la limitada disponibilidad y el alto costo de los procedimientos médicos de alta calidad para practicar abortos y debido a que entre ellas el número de embarazos no deseados es mayor que entre las mujeres de más edad¹¹.

FÍSTULA OBSTÉTRICA Por cada mujer que pierde la vida en el parto, hay entre 15 y 30 que sobreviven pero padecen discapacidades crónicas, entre las cuales la más devastadora es la fístula obstétrica. La fístula es una lesión del canal de parto que causa pérdidas constantes de orina y/o materia fecal. Las jóvenes menores de 20 años son especialmente propensas a padecer fístulas cuando no pueden obtener una operación cesárea durante un parto obstruido y prolongado. La prevalencia es más alta en comunidades pobres de África y Asia. Las causas son la procreación precoz, la pobreza, la malnutrición, la falta de educación y el limitado acceso a la atención

*Establecer servicios
acogedores para
los jóvenes es una
urgente prioridad.*

obstétrica de emergencia. Según se estima, en las zonas donde son elevadas las tasas de mortalidad derivada de la maternidad, hay entre 3 y 4 mujeres que padecen fístulas por cada mil nacidos vivos¹².

Necesidad insatisfecha de planificación de la familia

En todo el mundo, muchos jóvenes que tienen actividad sexual y quieren evitar el embarazo no están utilizando métodos anticonceptivos modernos por diversas razones, entre ellas la falta de acceso a los servicios o la desaprobación de los encargados de ofrecerlos. Las pruebas de esta “necesidad insatisfecha” de servicios de planificación de la familia suele ser indirecta, particularmente en el caso de adolescentes solteros, con lo cual es difícil de cuantificar.

En estudios sobre actitudes y prácticas relativas a la salud reproductiva, se considera que tienen una necesidad insatisfecha de servicios de planificación de la familia las mujeres y los hombres que afirman que no quieren tener más hijos o quieren aplazar el siguiente alumbramiento más de dos años, pero no están utilizando métodos anticonceptivos. Quienes no quieren tener más hijos tienen necesidad insatisfecha de limitar los nacimientos; quienes desean aplazar el alumbramiento siguiente tienen necesidad insatisfecha de espaciar¹³.

Gran parte de la necesidad insatisfecha se trasunta en los altos niveles de aborto entre las jóvenes, en datos de encuestas e inferencias a partir del número de hospitalizaciones después de abortos realizados en malas condiciones, así como estimaciones de embarazos extramatrimoniales y declaraciones de jóvenes a los encuestadores, de que su primer hijo, o el segundo, nació antes del momento deseado.

Entre los jóvenes, la mayor parte de esta necesidad insatisfecha corresponde al espaciamiento y la prevención. En la mayoría de las sociedades, una expectativa casi universal es que después del matrimonio, la pareja comience a tener hijos y la mayoría de los recién casados quieren tener hijos poco después de la boda.

En los últimos cinco años, las Encuestas Demográficas y de Salud realizadas en 45 países indican la proporción de jóvenes que

utilizan planificación de la familia y los niveles de necesidad insatisfecha¹⁴ (Véase el Gráfico 5). Los estudios realizados en África al Sur del Sahara, el Asia central y América Latina suelen incluir a todas las mujeres de 15 a 19 años de edad. En otras regiones, casi todos los países sólo han realizado encuestas entre las mujeres que alguna vez han estado casadas. Por esa causa, los resultados no son estrictamente comparables, pero es evidente la comprobación general de que hay altos niveles de necesidad insatisfecha.

En América Latina y el Caribe, en promedio un 35% de los adolescentes mayores de 15 años que tienen actividad sexual utilizan métodos de planificación de la familia; en África al Sur del Sahara, menos de la quinta parte hacen lo propio¹⁵. Como es de esperar, la demanda y el uso de métodos para espaciar son muy superiores a los de métodos para limitar los alumbramientos.

La proporción del total de la demanda (es decir, necesidad insatisfecha más uso) que se satisface varía pronunciadamente, desde 71% en el Asia central hasta menos de una tercera parte en África al Sur del Sahara; la proporción en otras regiones oscila entre 45% y 55%¹⁶.

Los datos de 94 encuestas realizadas en el pasado decenio en 69 países indican que, en promedio, las necesidades insatisfechas de las jóvenes en materia de espaciamiento son 2,3 veces superiores a las de los adultos en general. A medida que va disminuyendo la necesidad insatisfecha en general, la discrepancia es cada vez mayor. Las necesidades de los jóvenes son las últimas en ser consideradas.

En África al Sur del Sahara, en promedio un 35,7% de las adolescentes quieren aplazar el próximo alumbramiento; en unos pocos países, están en esa situación más de la mitad¹⁷. El promedio regional en cuanto a la satisfacción de esos deseos de espaciamiento es de sólo 30%.

En el África septentrional, el Asia occidental y Europa, aproximadamente la mitad de la demanda de espaciamiento y más del 55% de la demanda total está satisfecha¹⁸. En el Asia central, se satisficieron más de las dos terceras partes de la demanda, pero de cada ocho adolescentes mayores de 15 años, una sigue expresando insatis-

20

FÍSTULAS Y ALUMBRAMIENTO PRECOZ

Cada año, millones de jóvenes quedan embarazadas antes de que sus cuerpos hayan llegado a la madurez total, lo cual acrecienta sus riesgos de padecer complicaciones durante el parto. La fístula obstétrica es la discapacidad más devastadora que puede sobrevenir a una joven que sobrevive un parto difícil.

Durante el trabajo de parto obstruido, la presión prolongada de la cabeza del feto contra la pelvis de la madre interrumpe la irrigación sanguínea de los delicados tejidos que rodean su vejiga, su recto y su vagina. El tejido lesionado se gangrena y disgrega, dejando un orificio o fístula. Es frecuente que el niño muera y que la mujer sufra una incontinencia crónica humillante. Además, también puede ocurrir que padezca frecuentes infecciones de la vejiga, úlceras en el aparato genital y daños en los nervios de sus piernas.

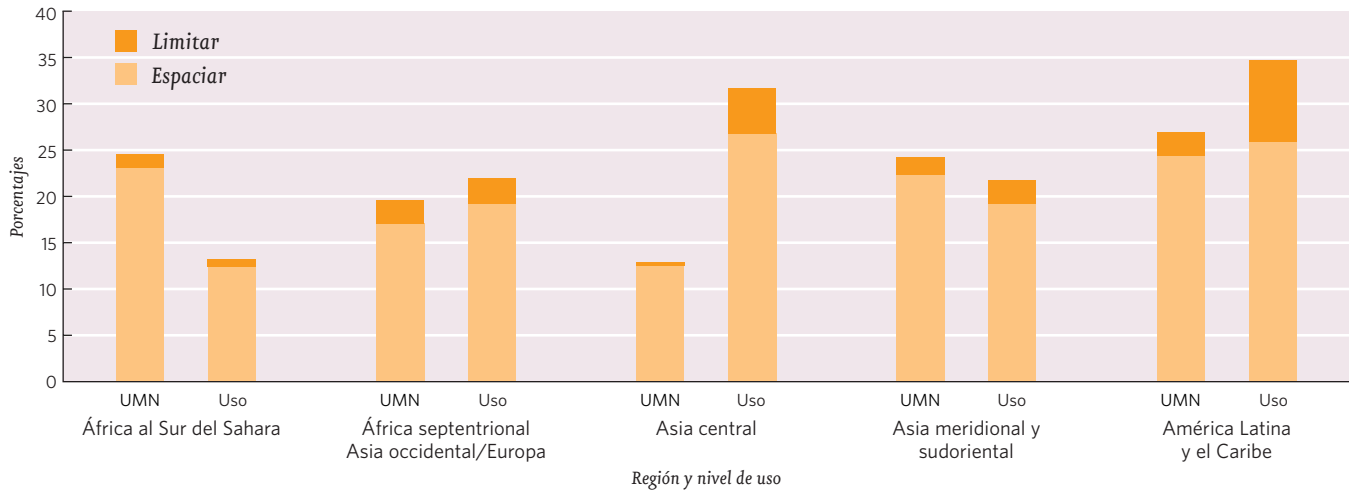
Esta situación causa conmoción en la vida de la mujer. En lugar de recibir consuelo por la pérdida de su hijito, suele ser rechazada por su esposo, marginada por la comunidad y culpada por su problema. Si bien algunas mujeres reciben apoyo de sus familias, otras se ven obligadas a mendigar para sobrevivir. La reparación quirúrgica de la fístula tiene una tasa de éxito de hasta 90% y las mujeres suelen estar en condiciones de tener más hijos. Lamentablemente, la mayoría de las mujeres pobres o bien no saben que la operación quirúrgica es posible, o no tienen acceso, o no la pueden sufragar.

Hasta hace poco, la estimación del número de mujeres que padecen fístula en todo el mundo era de 2 millones. No obstante, un nuevo informe preparado por el UNFPA y la organización *EngenderHealth* indica que esa estimación es muy baja. En el informe se indica la ocurrencia de la fístula en nueve países africanos y que en Nigeria

solamente tal vez haya un millón de mujeres que tienen ese problema.

El UNFPA está colaborando con aliados para la prevención y el tratamiento de la fístula en África y Asia. Por ejemplo, en el Chad 150 mujeres se sometieron a operaciones quirúrgicas para reparar la fístula, con apoyo del UNFPA. En el pasado, la fístula era común en todo el mundo, pero actualmente ha desaparecido en regiones como Europa y América del Norte, debido a la mejor atención obstétrica. Las fístulas obstétricas son virtualmente desconocidas en los lugares donde se desalienta el matrimonio precoz, donde las jóvenes reciben educación acerca de sus cuerpos y donde se dispone de atención de personal capacitado en el parto, inclusive remisiones de casos de emergencia a establecimientos de mayor capacidad.

Gráfico 5: Necesidad insatisfecha (UMN) y uso de métodos de planificación de la familia, 15 a 19 años de edad, por región



facción de su necesidad de espaciamiento de los alumbramientos. En los pocos países del Asia meridional y sudoriental estudiados, se satisface menos de la mitad del total de la demanda de las adolescentes en cuanto a métodos de planificación de la familia, pero más de la mitad de las necesidades de espaciamiento.

En América Latina y el Caribe, la región donde es más alta la demanda de servicios de planificación de la familia—más de dos terceras partes de las adolescentes de más edad quieren limitar o espaciar su fecundidad—, la necesidad insatisfecha de espaciamiento entre adolescentes de 15 a 19 años es superior al 24%. De la demanda total, más de la mitad está satisfecha y si se excluye a Haití, el país menos adelantado de la región, ese nivel de satisfacción llega a casi un 60%.

Las diferencias regionales y nacionales en cuanto a satisfacer la demanda de planificación de la familia reflejan las diferencias en los niveles y los tipos de la demanda, las pautas conyugales, la capacidad institucional y la voluntad política de abordar las necesidades de los jóvenes.

Servicios de salud “acogedores para los jóvenes”

Desde que se celebró en 1994 la CIPD, se han intensificado los esfuerzos por proporcionar a los jóvenes servicios apropiados de salud sexual y reproductiva. Esas nuevas iniciativas han respondido a pruebas de que los jóvenes suelen sentirse no muy bien recibidos en las clínicas tradicionales de planificación de la familia o salud reproductiva, y a la creciente conciencia de las necesidades y derechos especiales de los jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva.

Entre las numerosas barreras que obstan a los servicios para los jóvenes cabe mencionar: limitaciones jurídicas y normativas relativas a la edad y el estado civil; temor a ser vistos, debido a que no se respeta el carácter privado y confidencial de la consulta; temor a ser tratados descortésmente; incomodidad en los horarios y la ubicación de los establecimientos; y altos costos. Además, muchos jóvenes no comprenden cabalmente sus propias necesidades, saben muy poco acerca de los servicios disponibles o están desalentados por la vergüenza o el bochorno¹⁹.

A fin de superar esos obstáculos, se están utilizando diversos modelos programáticos de provisión de “servicios acogedores para los jóvenes”, sobre la base de pruebas que documentan lo que los jóvenes quieren (véase el Recuadro 21). Esos modelos varían de una región a otra.

Los países, en su mayoría, ya disponen de una red de establecimientos de salud que puede adaptarse para satisfacer las necesidades de los adolescentes, especialmente necesidades de tratamiento que se satisfacen mejor en clínicas dotadas de equipo adecuado y personal suficiente. Además, después de la CIPD se han ensayado otros enfoques que tienen buenas posibilidades, entre ellos, la captación de jóvenes por otros jóvenes, la comercialización social de condones en lugares no tradicionales (como quioscos, estaciones de autobús, discotecas y estaciones de servicio de automotores), clínicas móviles y programas en escuelas y lugares de trabajo.

En los países en desarrollo, esas actividades se han organizado mayormente sólo en pequeña escala. Los proyectos en escala más grande realizados en países desarrollados han probado que los jóvenes acudirán a recibir servicios que satisfagan sus necesidades, si hay apoyo comunitario que posibilite el establecimiento y la utilización de dichos servicios. Se han elaborado nuevos instrumentos de evaluación para determinar cuáles son los ajustes necesarios a fin de que las clínicas sean más acogedoras para los jóvenes, y se han preparado currículos para capacitar al personal con respecto a las necesidades especiales de los adolescentes, haciendo hincapié en la eficaz comunicación y el asesoramiento acogedor para los jóvenes.

El apoyo comunitario a los servicios acogedores para los jóvenes tiene importancia crítica a los fines de su utilización efectiva. Por consiguiente, es imprescindible realizar actividades de promoción y tratar de involucrar a las comunidades, especialmente en las sociedades más conservadoras.

Una de las necesidades más básicas es lograr una mejor evaluación de los logros programáticos. Hay pocas evaluaciones de calidad de proyectos que presten servicios acogedores para los jóvenes y la mayoría de ellas se realizaron dentro de períodos muy breves. Los buenos programas llevan tiempo, particularmente porque dependen

2I CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS ACOGEDORES PARA LOS JÓVENES

Los encargados de prestar servicios:

- Personal especialmente capacitado.
- Respeto por los jóvenes.
- Preservación del carácter privado y confidencial de la consulta.
- Reserva de tiempo suficiente para la interacción entre el cliente y el encargado de los servicios.
- Posibilidad de que los jóvenes reciban orientación de otros jóvenes.

Los establecimientos de salud:

- Reserva de espacios separados u horarios especiales.
- Horarios y ubicación cómodos.
- Espacio adecuado y suficiente privacidad.
- Ámbito confortable.

El diseño programático:

- Participación de los jóvenes en el diseño, la difusión y la prestación de los servicios, y continua retroinformación.
- Recepción de clientes sin cita previa o concertación rápida de citas.
- Ausencia de hacinamiento y tiempos de espera breves.
- Honorarios costeables.
- Publicidad y captación para informar y tranquilizar a los jóvenes.
- Buena acogida a los adolescentes y jóvenes varones y prestación de servicios.
- Amplia gama de servicios disponibles.
- Disponibilidad de remisión a otros establecimientos, de ser necesarios.

Otras posibles características:

- Materiales educacionales para que los jóvenes se lleven consigo.
- Intercambios de ideas en grupo.
- Posibilidad de aplazar el examen pélvico y los análisis de sangre.
- Maneras alternativas de tener acceso a la información, el asesoramiento y los servicios.

de que haya encargados capacitados y sensibles que deben ajustarse a las necesidades de una nueva generación.

ELIMINACIÓN DE LOS OBSTÁCULOS JURÍDICOS La Ley Nacional de la Juventud de Venezuela, promulgada en 2002, garantiza que los jóvenes tienen derecho a los servicios de salud, información y educación acerca de la salud sexual y reproductiva, la procreación responsable y voluntaria sin riesgo y el acceso al tratamiento de infecciones de transmisión sexual²⁰. También en 2002, Costa Rica y Panamá enmendaron sus leyes a fin de reforzar el derecho de las madres adolescentes a la atención, la información y la orientación²¹.

En la constitución de Sudáfrica posterior al apartheid, aprobada en 1996, se afirman los derechos universales a la opción reproductiva

y a la atención de la salud reproductiva. En virtud de la legislación sudafricana, toda persona de 14 ó más años de edad tiene derecho a recibir servicios anticonceptivos²².

En 2002, la Argentina creó un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a fin de promover la salud sexual de los adolescentes, y la prevención de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, asegurando el acceso a la información y los servicios²³. En el año 2000, la India aprobó una política de población que prevé la educación sobre la sexualidad y los servicios para adolescentes²⁴.

A fin de abordar los obstáculos con que tropiezan los jóvenes que tratan de conciliar la educación y la procreación, Chile en 2000 y Portugal en 2001 aprobaron leyes que garantizan los derechos de los jóvenes padres y madres a la educación y una mayor flexibilidad dentro de las instituciones educacionales para satisfacer las dobles demandas de estudiar y criar a los hijos²⁵.

Logros programáticos

En varios países, las asociaciones de planificación de la familia iniciaron con carácter pionero servicios acogedores para los jóvenes. La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) ha sido líder en la promoción de la salud reproductiva y sexual de los adolescentes. En América Latina, se establecieron centros de la juventud en que se combinaban la información, el asesoramiento y los servicios de salud reproductiva con oportunidades de recreación, enseñanza de oficios y otras actividades. Los centros de la juventud enfrentan algunos problemas fundamentales, entre ellos la sostenibilidad financiera y la amplitud de la cobertura de servicios²⁶. Proyectos posteriores en África arrojaron los mismos resultados²⁷.

Muchas acciones de ONG parecerían tener mejores perspectivas, aun cuando no se han realizado evaluaciones rigurosas. Un proyecto de la organización *Action Health International*, en las proximidades de Lagos (Nigeria) parecería atraer grandes cantidades de jóvenes, varones y niñas, con sus ofrecimientos de educación y servicios en materia de salud reproductiva, conocimientos para la vida, actividades especiales de entretenimiento y una revista trimestral²⁸. Una ONG en Haití, la FOSREF (*Fondation de la santé reproductive et l'éducation familiale*) ofrece una amplia gama de servicios, programas de educación sobre vida en familia, clubes y concursos. La concurrencia de jóvenes es nutrida y hay grandes cantidades de jóvenes que solicitan anticonceptivos²⁹.

En el Ecuador, una red nacional de clínicas de salud y planificación de la familia, conducida por el Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar, ha ampliado sus servicios para satisfacer mejor las necesidades de los adolescentes. Por ejemplo, se han modificado los horarios de funcionamiento y las tarifas aplicables a los adolescentes. En cada etapa de ese proyecto hubo participación de los jóvenes³⁰.

La Asociación de Planificación de la Familia de Jamaica está procurando mejorar el acceso de los jóvenes campesinos a los servicios de salud sexual y reproductiva y la información al respecto, y adaptar sus actividades de modo de satisfacer las necesidades indicadas por padres, madres, programas locales de la juventud y los propios adolescentes. Sus programas para los jóvenes se centran en la educación y el asesoramiento psicosocial y al mismo tiempo proporcionan anticonceptivos y servicios de diagnóstico y tratamiento

de las infecciones de transmisión sexual, junto con atención ginecológica. Un centro de recursos para la juventud ofrece programas educacionales, asesoramiento psicosocial individual y en grupo y actividades sociales y culturales³¹.

En Zambia, los directores de salud de distrito, con el apoyo de una ONG internacional, están tratando de mejorar los servicios de salud reproductiva para adolescentes y jóvenes urbanos en clínicas de la capital, Lusaka. Antes de iniciar el proyecto se realizó una evaluación para determinar las necesidades de los adolescentes y crear mayor conciencia comunitaria. Participaron en el proyecto padres, madres, encargados de prestar servicios, comités comunitarios de salud y los propios adolescentes³².

La mayoría de las asociaciones de planificación de la familia en América Latina y cantidades cada vez mayores en África y en otras regiones proporcionan servicios acogedores para los jóvenes en clínicas y servicios de difusión que emplean a jóvenes educadores de otros jóvenes. En Burkina Faso, por ejemplo, la organización "Los jóvenes para los jóvenes" apoya a los jóvenes educadores de otros jóvenes y distribuidores de anticonceptivos, además de servicios de asesoramiento y diversos servicios de salud reproductiva y algunas actividades de recreación. Las estadísticas de los servicios indican que un 82% de quienes visitan el proyecto van en procura de servicios clínicos o de asesoramiento y que un 77% son mujeres jóvenes (mientras que los asistentes a otros centros de la juventud son, en su mayoría, varones)³³.

El costo y la sostenibilidad son problemas clave en la provisión de servicios separados para los jóvenes. La asociación colombiana de planificación de la familia, PROFAMILIA, pionera desde hace largo tiempo en la prestación de servicios de salud reproductiva a los jóvenes, integró los servicios para los jóvenes en 13 clínicas que atienden a adultos, en poblados y ciudades de tamaño mediano de todo el país. Utilizaron locales, materiales y personal existentes, en lugar de efectuar inversiones en nuevos locales y más personal. Todos los encargados de prestar servicios recibieron capacitación especializada. Se realizaron tareas de promoción en la comunidad y en organismos gubernamentales. Durante los primeros seis meses, las visitas de adolescentes a las clínicas participantes aumentaron en un 37% y las pruebas de detección del embarazo de adolescentes aumentaron en un 64%³⁴.

Las dependencias gubernamentales de salud en varios niveles han comenzado tareas de planificación para ampliar los servicios acogedores para los jóvenes en establecimientos de salud pública.

En la Federación de Rusia, un proyecto apoyado por el UNFPA proporcionó asistencia integral a centros de salud en seis ciudades y alentó las actitudes públicas positivas con respecto al acceso de los adolescentes a la información sobre salud reproductiva. Los jóvenes contribuyeron al diseño de esos centros y aseguraron una buena asistencia. Entre los factores de atracción cabe mencionar el personal con buenas dotes de comunicación, el asesoramiento individual y en grupo, la reducción del tiempo de espera, la provisión gratuita de anticonceptivos y los vínculos con otras fuentes de servicios sociales. Un factor clave facilitante fue la labor de promoción ante maestros, padres y madres³⁵.

En Jamaica, un proyecto titulado *Youth.now* (Los jóvenes, ahora) trata de aplicar políticas y directrices nacionales, mejorar los cono-

22

SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LAS JÓVENES CASADAS

Hay numerosas adolescentes casadas. En los casos típicos, el matrimonio precoz va acompañado de fuertes presiones culturales para comenzar a tener familia tan pronto como sea posible. Los planificadores de programas que se encuentran frente a esas normas sociales y tropiezan con barreras para llegar a las jóvenes, tienen problemas para promover que se aplase el primer alumbramiento, o el segundo, cuando son demasiado precoces.

Un programa, en Bangladesh, ya ha logrado promover la buena salud reproductiva en el grupo destinatario. La organización *Pathfinder International* ha colaborado con varias ONG durante más de un decenio para llegar a las parejas más jóvenes antes de que comiencen a tener hijos. En este programa están registradas todas las parejas de recién casados, que reciben la visita de trabajadores sociales, los cuales establecen relaciones con la pareja y sus parientes y al mismo tiempo proporciona información y, de ser apropiado, servicios y remisión a otros establecimientos. Como resultado, en las zonas cubiertas por el programa, el uso de anticonceptivos entre adolescentes recién casados aumentó desde 19% en 1993 hasta 39% en 1997.

cimientos teóricos y prácticos sobre salud reproductiva, estimular el cambio en las actitudes y las normas y aumentar el acceso a los servicios de calidad. Ofrece capacitación en institutos de formación de enfermeras y parteras y ha establecido clínicas independientes y otras vinculadas a escuelas, en los sectores privado y público³⁶.

SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR PRIVADO Algunos programas han aprovechado la preferencia que tienen algunos jóvenes, cuando pueden costearla, de utilizar servicios de salud en el sector privado, que aseguran el carácter confidencial y privado de las consultas³⁷. Puede citarse como ejemplo un programa de vales en Kenya y Zimbabwe³⁸ y el uso de parteras en ejercicio independiente de la profesión a fin de proporcionar servicios acogedores para los jóvenes en Zambia³⁹. Este enfoque puede ser más viable que lo que se suponía anteriormente, frente a recientes comprobaciones de que las jóvenes están tan dispuestas como las mujeres de mayor edad a abonar precios más altos cuando los servicios son confidenciales y las pacientes son tratadas con respeto y dignidad⁴⁰.



6 programas integrales para adolescentes

Después de la CIPD, en varios países se han concertado alianzas creativas para establecer programas integrales que combinen comunicaciones sobre el cambio de los comportamientos con la provisión de servicios acogedores para los jóvenes y la promoción de cambios en las políticas. Esas acciones multisectoriales se han basado en importantes tareas previas realizadas por asociaciones de planificación de la familia y otras entidades. Esos programas aún son nuevos, pero sus experiencias se están evaluando y se está intercambiando información al respecto.

Se han registrado muchos éxitos en las alianzas con los adolescentes, sus familias y sus comunidades para abordar las necesidades de esos jóvenes en lo concerniente a su desarrollo, su participación social y su salud sexual y reproductiva. Se considera que la tarea de formular programas integrados e integrales que impartan conocimientos para la vida a mayor número de adolescentes es el centro de atención de una “segunda generación” de acciones programáticas¹.

Los programas de segunda generación se basan en los hechos, consideran la diversidad de los adolescentes, seleccionan de estrategias que reflejan las experiencias diferenciadas de los varones y las niñas y se basan en principios de derechos humanos y de participación de los jóvenes. Abarcan sectores distintos del sector de salud, para apoyar la transición de los adolescentes hacia la adultez, su adquisición de conocimientos teóricos y prácticos y su acceso a oportunidades. Destacan la adopción responsable de decisiones, las relaciones positivas con otros jóvenes, las relaciones con mentores y un aumento de sus facultades y sus posibilidades de negociación.

A continuación se ofrecen algunos ejemplos de proyectos basados en los principios de segunda generación:

Proyecto para niñas adolescentes

En 1999, la Fundación para las Naciones Unidas aprobó una iniciativa multinacional emprendida por el UNICEF y el UNFPA (en que más tarde participó también la OMS) con el propósito de abordar mejor las necesidades de desarrollo y los derechos de participación de los adolescentes, haciendo hincapié en las niñas.

Participaron en este enfoque integral e integrado trece países: Bangladesh, Benin, Burkina Faso, la Federación de Rusia, China, Jordania, Malawi, Malí, Mauritania, Mongolia, el Senegal, Santo Tomé y Príncipe, y el Territorio Palestino Ocupado. En la mayoría de los países, los tres organismos de las Naciones Unidas coordinados realizan una programación conjunta para adolescentes (el UNFPA no participa en este programa en China ni en Santo Tomé y Príncipe).

Actualmente, los países, en su mayoría, reconocen que efectuar inversiones en las mujeres y las niñas y aumentar los medios de acción de éstas es una de las maneras más eficaces, y eficientes en función de los costos, de promover el temario de desarrollo. Aun cuando las actividades concretas varían de un país a otro, todas las iniciativas confluyen hacia metas comunes, para velar por que las niñas adolescentes tengan los mismos derechos y las mismas oportunidades que los varones.

Los aspectos medulares de este programa interinstitucional son los siguientes:

- Crear un ámbito conducente a que las niñas sigan asistiendo a las escuelas hasta finalizar el nivel secundario; o, al menos, asegurar que estén alfabetizadas.
- Velar por que se atiendan las particulares necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva y que se les ofrezcan servicios acogedores para la juventud.
- Colaborar con las comunidades, inclusive los líderes políticos y religiosos, a fin de aumentar la conciencia pública sobre las cuestiones de salud reproductiva y sexual que afectan a los adolescentes.
- Proporcionar conocimientos para la vida y asesoramiento psicosocial, de modo que las adolescentes tengan conciencia de sus derechos y conozcan cuáles son los servicios disponibles.
- Formular programas de enseñanza de oficios y generación de ingresos para las niñas adolescentes, de modo de mejorar su condición social, su independencia y sus oportunidades.
- Movilizar el apoyo de los funcionarios ejecutivos en todos los niveles, de modo que apoyen programas encaminados a mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.
- Contribuir al desarrollo equitativo y sostenible, reforzando la capacidad de los gobiernos nacionales para involucrar a las niñas en la vida social, económica y política del país.

Esos esfuerzos colectivos también están contribuyendo al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al promover la igualdad de género y ampliar los medios de acción de las mujeres y las niñas (Objetivo 3), al mejorar la salud y el bienestar de las madres (Objetivo 5) y al prevenir la propagación del VIH/SIDA (Objetivo 6).

Se presentan algunos ejemplos de tareas sobre el terreno:

SENEGAL: Unas 10.000 niñas y jóvenes de 15 a 24 años de edad, pertenecientes a familias pobres y en situación desventajosa de Dakar y Thies, son las beneficiarias inmediatas del proyecto “Promoción de la ampliación de los medios de acción de las niñas adolescentes en el Senegal”. Mediante estrechos vínculos con las comunidades y ONG, las niñas están recibiendo una educación integral, que hace hincapié en las cuestiones de género y de derechos humanos. Tal vez lo más importante es que al proporcionar a las niñas medios de vida y actividades para la generación de ingresos, tienen acceso las niñas ahora ganan acceso a servicios de salud reproductiva y sexual acogedores para los jóvenes, e información al respecto.

BENIN: Se está impartiendo capacitación en comunicación a unos 300 adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad en el Centro de Multimedia de Cotonú. Los jóvenes reciben formación profesional integral en todos los aspectos de la producción radiofónica y televisiva, creación de gráficos en computadoras, diseño y desarrollo de sitios Web, fotografía, videografía, y redacción y producción para revistas y periódicos. Es el único centro de su tipo en los países de África occidental de idioma francés.

MONGOLIA: Más de 150.000 adolescentes, niñas y varones, leen el periódico trimestral *Love*, producido por un equipo de niñas adolescentes en Ulaanbaatar. El periódico es, con mucho, la publicación más popular entre los adolescentes de todo el país. Su producción es supervisada en virtud de un contrato con el Margaret Sanger Center, uno de los organismos de ejecución del proyecto. Se realizó un programa de educación a distancia en cooperación con la UNESCO y se están estableciendo en todo el país ocho clínicas de salud reproductiva acogedoras para los adolescentes.

TERRITORIO PALESTINO OCUPADO: El proyecto “Mejora de las vidas de adolescentes en la sociedad palestina” ha movilizó las comunidades locales con respecto a las necesidades de los adolescentes, especialmente las niñas, en materia de salud reproductiva. El proyecto se realiza en estrecha colaboración con medios de difusión locales y está tratando de lograr que los adolescentes tengan acceso a servicios apropiados de salud reproductiva y asesoramiento en las escuelas.

Alianza Africana de la Juventud

La Alianza Africana de la Juventud (AYA) es una iniciativa de cuatro países que aplica comprobados enfoques de prevención del VIH/SIDA en una escala amplia. Realiza actividades en Botswana, Ghana, Uganda y la República Unida de Tanzania y resulta de la colaboración entre ONG estadounidenses, *Pathfinder International*, el Programa de Tecnología Apropiada en Servicios de Salud (PATH), y el UNFPA. En cada país, esas organizaciones colaboran en la ejecución con otros aliados: organismos gubernamentales, ONG y organizaciones de base comunitaria.

El propósito general de la AYA es mejorar la salud reproductiva de los adolescentes. Concretamente, sus objetivos son:

- Reducir las tasas de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual y la tasa de embarazo entre los jóvenes.
- Promover el aplazamiento de la iniciación de la actividad sexual y, entre los jóvenes que ya tienen actividad sexual, el uso de condones y otros anticonceptivos.
- Eliminar las prácticas tradicionales nocivas y las relaciones sexuales forzadas y bajo coacción².

La AYA emplea seis estrategias principales, cada una de ellas adaptada a necesidades específicas de cada país:

- Obtener el apoyo nacional y comunitario mediante tareas de promoción.
- Formular proyectos populares y en los medios de difusión de masas, realizar programas que ofrezcan conocimientos para la vida, educación de jóvenes por otros jóvenes y asesoramiento, y campañas de comercialización social encaminadas al cambio en los comportamientos.
- Mejorar el acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva—y la calidad de éstos—institucionalizando los servicios acogedores para los jóvenes en diversos ámbitos.
- Integrar la salud sexual y reproductiva en los programas existentes que imparten conocimientos para la vida y capacitación a los jóvenes.
- Fomentar la capacidad institucional de los aliados nacionales en cuanto a la planificación, la ejecución, la administración y el mantenimiento de programas y servicios.
- Coordinar las actividades programáticas y compartir las lecciones aprendidas y las mejores prácticas³.

Todas las estrategias apuntan a asegurar la participación de los jóvenes, la equidad de género y la sostenibilidad. Se espera que los aliados en la ejecución continúen la labor después de que concluyan las operaciones de la AYA al cabo de cinco años. Se han establecido mecanismos de gestión y asesoramiento a fin de facilitar la colaboración entre los copartícipes y los distintos sectores dentro de cada país, así como para la AYA en general.

Se han otorgado docenas de subsidios a aliados en los países y en cada uno de estos están en cursos diversas actividades. Se han evaluado varias clínicas públicas y de ONG, muchas de las cuales se están reestructurando, de modo de hacerlas más acogedoras para los jóvenes. En muchas comunidades se han iniciado acciones de movilización, denominadas “Aprendizaje y acción participatorias”. Se ha impartido capacitación en planificación para la vida, incorporada en programas escolares. Los jóvenes participan activamente, ofrecen su asesoramiento sobre estrategias programáticas, crean revistas y otros materiales para los medios de difusión y representan a la AYA en conferencias internacionales.

En **Botswana**, un Comité de Asesoramiento a la Juventud coordina las acciones y asegura que los jóvenes participen en todos los niveles. En los distritos y las aldeas hay comités—integrados entre un 65% y un 75% por jóvenes—encargados de maximizar la contribución de los jóvenes a la planificación de las actividades

comunitarias. Los jóvenes también participan como asesores, encargados de prestar servicios, educadores, promotores, actores y actrices y participan activamente en la recopilación de datos y las actividades de monitoreo y evaluación.

En **Ghana**, la Junta de Asesoramiento a la Juventud asesora al equipo de la AYA en el país y formula proyectos innovadores para llegar a los jóvenes. En colaboración con el Consejo Nacional de la Juventud, la Junta está considerando la formación de un Parlamento Nacional de la Juventud. Los jóvenes representantes de la AYA proporcionan insumos a las ONG, los organismos internacionales y el Ministerio de Salud sobre programas de capacitación para médicos y otros profesionales de la salud, a fin de que presten servicios de salud reproductiva acogedores para los jóvenes.

En la **República Unida de Tanzania**, la AYA y otros copartícipes han preparado el Marco de involucramiento y participación de la juventud para velar por que los objetivos programáticos reflejen las prioridades de los jóvenes. Los jóvenes participan en actividades de monitoreo y evaluación para determinar si los programas satisfacen adecuadamente sus necesidades y dentro de poco participarán en actividades de promoción y gestión ante las autoridades.

En **Uganda**, los jóvenes han participado plenamente en la planificación estratégica, la orientación a nivel nacional y de distrito y la preparación de planes de estudios. Trabajan como consejeros de otros jóvenes y como miembros de equipos que movilizan a padres, madres y comunidades, ayudan a diseñar mensajes para los medios de difusión de masas y participan en negociaciones con administradores escolares, líderes de consejos locales y administradores de establecimientos de salud.

El mayor reto de la AYA ha sido crear mecanismos de colaboración entre sus numerosos copartícipes. Otro reto es el de ampliar la escala de las actividades, en los aspectos financieros y en la búsqueda de modelos de programas evaluados para basarse en ellos. Los participantes se han comprometido a encontrar soluciones a los problemas

estructurales y técnicos y a compartir información sobre las experiencias con otros programas en gran escala que se realizan sobre el mismo tema.

Iniciativa para la salud reproductiva de los adolescentes

La Iniciativa para la salud reproductiva de los adolescentes en Asia, emprendida por la Comunidad Europea y el UNFPA, apoya proyectos en siete países, con la estrecha participación de ONG internacionales, regionales y locales. La salud reproductiva de los adolescentes es el tema principal en cuatro países: Camboya, la República Democrática Popular Lao, Sri Lanka y Viet Nam.

En Viet Nam, la iniciativa apoya ocho proyectos con el propósito general de mejorar la salud sexual y reproductiva ofreciendo servicios acogedores para los jóvenes y promoviendo actividades de información y comunicación por conducto de las ONG⁴.

Las actividades de información abarcan: educación de jóvenes por otros jóvenes, representaciones teatrales, clubes de jóvenes, actividades extracurriculares en las escuelas, grupos de padres y madres, educación en establecimientos de salud y mensajes en los medios de difusión de masas. Los destinatarios de las tareas de promoción son: líderes comunitarios, autoridades locales y nacionales y funcionarios ejecutivos de los medios de difusión, para fortalecer su compromiso en pro del programa. Se ha impartido a los copartícipes en la ejecución, capacitación técnica y administrativa en materia de prestación de servicios y comunicación⁵.

La organización *Marie Stopes International* está contribuyendo a proporcionar servicios acogedores para los jóvenes, en colaboración con la Unión de la Juventud Vietnamita en Hanoi y la Asociación de Parteras Vietnamitas en Hue. Esos dos centros de la juventud, que cuentan con buena participación, incluyen actividades de difusión y creación de conciencia para aumentar su cobertura. En una reciente evaluación se comprobó que el personal se comportaba

23

EL PROGRAMA LOVELIFE EN SUDÁFRICA

En Sudáfrica, la Iniciativa Nacional de clínicas acogedoras para los adolescentes tiene el propósito de que los servicios de salud sean más accesibles y aceptables, establecer estándares y directrices nacionales y capacitar a los agentes de salud para que proporcionen servicios de buena calidad. Es un componente del programa *loveLife*, un programa nacional de prevención del VIH en beneficio de los adolescentes sudafricanos, que alienta a los jóvenes a esperar a ser mayores antes de comenzar a tener relaciones sexuales y cuando las tienen, limitarse a una pareja y utilizar sistemáticamente condones. El programa está dirigido a los adolescentes debido a que en Sudáfrica, la mayoría de las infecciones con el VIH ocurren entre menores de 25 años y las jóvenes mayormente ya están infectadas entre los 15 y los 20 años de edad. Dado que el grueso de la población

del país es menor de 20 años, la manera más eficaz de frenar la propagación del VIH/SIDA es prevenir que grandes cantidades de jóvenes sean infectados.

El principal grupo destinatario es el de los adolescentes de 12 a 17 años de edad, pero también son parte de la campaña programas especiales para niños de entre 6 y 12 años de edad. La estrategia integral sobre salud sexual aprovecha la cultura popular para promover la responsabilidad sexual y las pautas de vida saludables, alentar la conversación entre padres, madres e hijos y la participación de líderes religiosos, desarrollando al mismo tiempo servicios acogedores para los jóvenes.

La campaña reconoce que tal vez los centros independientes para los jóvenes no tengan buena eficacia en función de los costos ni sean sostenibles; además, no pueden establecerse en la escala necesaria para satisfacer las necesidades

de la mayoría de los adolescentes. La campaña ha formulado criterios de certificación de clínicas existentes como acogedoras para los jóvenes. Los primeros resultados de la evaluación sugieren que se necesitan considerables esfuerzos para que las clínicas sean acreditadas y para desarrollar una operación que pueda ser mantenida por los sistemas de salud a nivel de distrito y de provincia, con un mínimo de recursos. Se ha previsto la ampliación del programa.

El proyecto *loveLife*, organizado por la *Henry J. Kaiser Family Foundation*, está ejecutado por un consorcio de cuatro organizaciones asociadas: *Advocacy Initiatives*, la Federación de Planificación de la Familia en Sudáfrica, la Dependencia de Investigaciones sobre Salud Reproductiva y el *Trust for Health Systems Planning and Development (HST)*. Puede obtenerse más información en www.lovelife.org.za.

de manera profesional y positiva con los jóvenes, proporcionando gratuitamente o a bajo costo una gama de servicios necesarios, y también se comprobó que había mejorado sustancialmente el acceso⁶.

La Casa de la Juventud en Hanoi servirá como modelo para futuros proyectos, inclusive el establecimiento por el Gobierno de servicios acogedores para los jóvenes. Involucra a los jóvenes en todas las etapas de los proyectos; combina la información sobre salud reproductiva con actos culturales, de modo de aumentar el uso de los servicios; realiza actividades de difusión en los lugares de trabajo, hoteles y restaurantes; y colabora con empresas y farmacias⁷.

Geração Biz, Mozambique

Después de concluir la CIPD, el Gobierno de Mozambique se comprometió a efectuar inversiones en los jóvenes y adoptó una política nacional de la juventud con el propósito de incrementar la participación de los jóvenes en la formulación de políticas y mejorar su salud sexual y reproductiva. El proyecto *Geração Biz* fue diseñado y formulado por jóvenes, que le dieron ese título para denotar su “generación atareada”. El proyecto promueve el cambio en los comportamientos entre los estudiantes y los jóvenes que no asisten a la escuela⁸.

La coordinación y la ejecución son compartidas por el Ministerio de la Juventud y los Deportes, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, con sus respectivas direcciones provinciales, además de ONG y organizaciones de base comunitaria, inclusive asociaciones de jóvenes. El UNFPA y la organización *Pathfinder International* proporcionan asistencia técnica. El proyecto comenzó en dos provincias y ahora que recibe mayor apoyo de donantes, se ha ampliado para abarcar seis; la cobertura nacional es una meta a largo plazo.

En Maputo, el número de adolescentes de 15 a 19 años de edad que visitan clínicas para recibir asesoramiento y servicios se duplicó con creces después del establecimiento de servicios acogedores para los jóvenes; casi se duplicó el número de jóvenes varones que recibieron servicios. El aumento proporcional en la cantidad de jóvenes atendidos fue aun más alto en la Provincia de Zambesia. En ambas zonas se ha comprobado que los dos servicios más populares son el asesoramiento y la provisión de anticonceptivos.

Geração Biz tiene activistas jóvenes que educan a otros jóvenes en 10 de las 13 escuelas secundarias de Maputo y realiza actividades en 64 escuelas de Zambesia. El proyecto está ayudando a integrar la información sobre salud reproductiva y sexual en un nuevo currículo nacional básico, conjuntamente con un conjunto de actividades escolares y extraescolares⁹.

Un reto clave ha sido la gestión de actividades en que participan grandes cantidades de colaboradores, lo cual requiere que cada participante tenga papeles claramente definidos y que exista un proceso de coordinación viable. Es preciso fortalecer a los organismos gubernamentales que asumirán plena responsabilidad por el programa y acrecentar sus aptitudes para trabajar en colaboración, su compromiso y su apropiación del tema¹⁰. Las actividades para llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela se resenten por la ausencia de una estructura gubernamental de apoyo y la realidad de que la mayoría de las organizaciones de jóvenes son pequeñas, carecen de personal y no forman parte de una red de mayor amplitud. Además, el personal del Ministerio de la Juventud y los Deportes no es suficiente para la coordinación provincial¹¹.

Red Kidavri para impartir conocimientos prácticos a los adolescentes

En la India, siete ONG al servicio de los adolescentes han formado una red de apoyo mutuo. Gracias a las contribuciones comunitarias, de ONG y fundaciones internacionales, de organismos de asistencia bilateral y de programas de las Naciones Unidas, entre ellos el UNFPA, la red produce un boletín, celebra reuniones periódicas sobre estrategia y facilita el intercambio de conocimientos teóricos y prácticos.

Integran la Red Kidavri diversas organizaciones religiosas, de acción social, de investigación social y de acción humanitaria, inclusive *Don Bosco Ashalayam* (que rehabilita a niños de la calle, la comunidad Bahai'i (que promueve armonía comunitaria, autoafirmación y desarrollo de la personalidad), *Swaasthya* (al servicio de una populosa colonia de reasentamiento), la Sociedad para la Promoción de los Jóvenes y las Masas (que realiza programas en beneficio de poblaciones postergadas y marginadas, particularmente adolescentes), *Prerana* (que proporciona capacitación práctica y mayores medios de acción social) y *Action India* (que promueve la

24

“EL DERECHO A TENER SUEÑOS”

En Panamá, una ambiciosa colaboración entre la APLAFA (una ONG que se ocupa de salud reproductiva), el Ministerio de Salud, nueve escuelas secundarias y el UNFPA ha cambiado las vidas de muchos adolescentes en cinco vecindarios semiurbanos marginales. Mediante una combinación de educación, información e iniciativas sobre servicios de salud, se ha facultado a los participantes para cambiar su pensamiento acerca de sus vidas actuales y sus futuras aspiraciones.

“El proyecto me hizo percatarme de la importancia de no quedar embarazada durante la adolescencia”, dice Mónica, de 18 años de edad.

“La APLAFA proporcionó información y asesoramiento y también me enseñó a conducirme frente a la presión de los demás jóvenes, y la importancia de tener autoestima, además del correcto uso de los métodos anticonceptivos.”

Como parte del programa de cuatro años de duración, el Ministerio de Salud creó cinco clínicas acogedoras para los jóvenes. Se capacitó al personal para que prestara servicios de salud sexual y reproductiva a los adolescentes. Los recursos creados por el proyecto garantizan su sostenibilidad y su institucionalización.

Pavel comenzó a participar en el proyecto a los 14 años de edad. Cinco años después, dice:

“Cambié la manera en que percibo la vida. Me enseñó que mis sueños son valiosos y que tengo el derecho y el deber de convertirlos en realidad”. Actualmente, Pavel asiste a la Universidad de Panamá y es miembro activo de la Red de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes en Panamá.

La amplia cobertura del proyecto fue posible debido a la creación de una red intersectorial y comunitaria de adolescentes, integrada por más de 15 instituciones privadas, gubernamentales y ONG, que ha llegado a más de 46.000 adolescentes y jóvenes en el Distrito de David.

ampliación de los medios de acción de la mujer y el desarrollo comunitario). Los miembros de la Red intercambian experiencias, colaboran en cuestiones de interés común (por ejemplo, evaluación, difusión de información) y promueven la participación de los jóvenes en la adopción de decisiones.

La organización **Swaasthya** logra integrar la rigurosa investigación científica social con la acción comunitaria participatoria. La investigación ha abarcado encuestas básicas de referencia sobre condiciones y conocimientos en las comunidades e investigaciones cualitativas (entrevistas y “grupos focales”). Los miembros de la comunidad ayudan a llevar información sobre salud a sus vecinos. Los propietarios de tiendas distribuyen condones subsidiados entre quienes los solicitan. Los jóvenes han filmado películas entretenidas e informativas, que se han difundido en canales locales de televisión por cable.

La asociación **Don Bosco Ashalayam**, que es parte de una red internacional de albergues, proporciona refugio y solaz a ex niños de la calle que han sido abandonados o expulsados de sus hogares. Los adolescentes, varones y niñas, se alojan separadamente. Se les enseña lectura, aritmética y artesanías y ellos asumen la responsabilidad de cocinar, lavar la ropa, limpiar y mantener el edificio. La rutina regular proporciona estructura a vidas desorganizadas por el caos de las calles. Los jóvenes de más edad continúan su escolarización externamente. Además, hay una línea telefónica de emergencia que proporciona a los niños de la calle información, asesoramiento y remisión a otros servicios.

Cuestiones de coordinación

Cuando lleguen a satisfacerse eficazmente las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, lo probable es que se hagan más comunes las iniciativas multisectoriales de gran magnitud. Es necesario que los diversos componentes de programas en que participan varios sectores gubernamentales sean cuidadosamente ordenados en secuencias y coordinados. Es preciso que las facultades de coordinación estén claramente delimitadas, de lo contrario los proyectos realizarán actividades incoordinadas¹². Al mismo tiempo, es preciso la apropiación y el compromiso en todos los sectores y por todos los participantes.

La capacidad es fundamental para el éxito de la coordinación. No obstante, en muchos casos, la conducción de proyectos multise-

toriales para la juventud ha estado a cargo de Ministerios de la Juventud de reciente creación, carentes de la infraestructura y los recursos que poseen otros ministerios bien establecidos.

25

FORMACIÓN DE INSTRUCTORAS PARA CIMENTAR LA CONFIANZA DE LAS NIÑAS

En un taller de actualización, 23 jóvenes mujeres de 15 a 22 años de edad dibujan las partes anatómicas del aparato reproductor de la mujer, les colocan los respectivos nombres y consideran las maneras de utilizar esta actividad para continuar su aprendizaje. Son líderes de *Prerana*, una red de grupos de jóvenes de Nueva Delhi que intercambian experiencias sobre la capacitación de otras jóvenes. Cada una de ellas trabaja con diez o más mujeres más jóvenes, mayormente migrantes del campo a la ciudad, y les proporciona información sobre su salud y sus medios de vida, además de contribuir a cimentar su confianza para que formulen preguntas, obtengan información y se conduzcan en el mundo.

En esta sesión están trabajando en ejercicios participatorios; fortaleciendo sus conocimientos teóricos y prácticos en lectura, nutrición y salud; y participan en juegos dramáticos para aprender a autoafirmarse mejor.

Prerana comenzó en pequeña escala y con apoyo del CEDPA y la *Bill & Melinda Gates Foundation*, y luego se amplió rápidamente, extendió su misión y sirvió como recurso para actividades similares en otros lugares del mismo estado y de todo el país. Siete años después de comenzado el proyecto, ya han participado varios centenares de jóvenes mujeres. Muchas han participado en reuniones organizadas por gobiernos locales y su colaboración fue solicitada por planificadores nacionales.

La confianza y el dominio de los temas de que hacen gala las jóvenes resultan obvios en sus interacciones con sus familias y sus comunidades. La orgullosa madre de una instructora está al borde de la envidia por las aptitudes de su hija; la madre nunca tuvo una oportunidad parecida. Inicialmente titubeó en permitir que su hija saliera de su casa sin la compañía de su hermano, pero ahora tiene plena confianza en que la joven puede cuidarse a sí misma al desplazarse libremente en la comunidad, colaborar con vecinos y viajar a zonas más distantes para asistir a reuniones.

El éxito logrado por el programa con las adolescentes condujo a varias comunidades a solicitar un programa similar para adolescentes varones, el cual ya ha estado en funcionamiento durante tres años.



7 asignar prioridad a los adolescentes

Es urgentemente prioritario adoptar medidas que aborden los críticos problemas de adolescentes y jóvenes, para que puedan realizarse con éxito acciones de desarrollo económico encaminadas a mitigar la pobreza, contrarrestar la pandemia de SIDA y facultar a las mujeres y los hombres a fin de que creen un mundo más equitativo. En particular, es imprescindible efectuar inversiones en programas que satisfagan las necesidades de los adolescentes en materia de salud reproductiva.

Como se ha destacado en el presente informe, los programas deben reconocer la diversidad en cuanto a necesidades, aptitudes y grado de inclusión social de los adolescentes, mujeres y varones, solteros y casados, en diferentes culturas, en distintas circunstancias (en la escuela, fuera de la escuela, en zonas rurales o urbanas, en grupos ricos o pobres, o de personas desplazadas), y a diferentes edades¹. Las acciones programáticas deben basarse en un mejor diálogo con las comunidades y en el apoyo comunitario.

Ámbito normativo

Después de la CIPD, la experiencia adquirida en cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes ha puesto de manifiesto la urgencia de contar con políticas propicias. Los programas que tratan de esos temas tan delicados no pueden sobrevivir en un ámbito hostil. No obstante, son pocos los países que cuentan con políticas en que se toman en cuenta explícitamente las necesidades de los jóvenes en cuanto a información y servicios. Si bien es deseable que los gobiernos establezcan políticas apropiadas antes de iniciarse los programas, puede suceder que haya cambios en las políticas oficiales cuando están en curso, o después de haber llegado estos a término.

Las acciones de promoción tienen importancia crítica para lograr apoyo institucional y público a los cambios normativos en muchos niveles, inclusive leyes, políticas y reglamentaciones nacionales que estipulan estándares para las prácticas, así como las costumbres y tradiciones comunitarias.

Las políticas restrictivas pueden perjudicar la salud sexual y reproductiva de los jóvenes al impedir que adquieran información que pueden salvar sus vidas y que tengan acceso a los servicios. En algunos países, las leyes prohíben la provisión de anticonceptivos a menores de 16 años o a mujeres solteras. Aun cuando la ley permita

esos servicios, algunas clínicas no los autorizan. En otros casos, el temor a la reprobación de la comunidad o de partes de la comunidad, puede disuadir a los jóvenes de acudir en busca de servicios. Asimismo, el requisito de obtener el consentimiento de los progenitores o del esposo pueden restringir el acceso de los jóvenes a los servicios de salud reproductiva y la información al respecto.

La ausencia de leyes o políticas específicas—por ejemplo, que desalienten el matrimonio precoz o protejan a las niñas contra el abuso sexual y la violencia sexual—también puede ir en detrimento de la salud sexual y reproductiva. Las políticas y las leyes que alienan o imponen los programas necesarios pueden tener efectos positivos.

Un problema básico para las tareas de promoción, especialmente en sociedades muy tradicionales, es quebrar el tabú de hablar públicamente de cuestiones sexuales, e inclusive reconocer que muchos jóvenes tienen actividad sexual antes del matrimonio. Así se lograría una sociedad más saludable, en mejores condiciones de hacer frente a nuevos retos, con mayor comunicación y respeto entre las generaciones. Esto es indispensable para que la comunidad comprenda que es preciso cambiar las políticas, particularmente en respuesta a la pandemia de VIH/SIDA. Se necesitan comunicaciones de diversos tipos, desde los medios de

difusión de masas hasta las representaciones populares o los grupos de debate.

EL LIDERAZGO POLÍTICO ES LA CLAVE El compromiso político—a los más altos niveles, sumado a la provisión de recursos y sostenido a lo largo del tiempo—tiene importancia crucial para el éxito de los programas que abordan cuestiones a menudo delicadas, relativas a la sexualidad de los adolescentes. Muchos gobiernos han necesitado varios años para admitir que sus países padecen una crisis de SIDA y reconocer que el número de casos de SIDA podría aumentar explosivamente en los próximos diez años, a menos que se intensifiquen las actividades para frenar la proliferación de la epidemia, inclusive la provisión de cuidados a los ciudadanos que ya están viviendo con el VIH/SIDA².

Los países que han logrado con más éxito reducir la epidemia son aquellos cuyos líderes la tomaron en serio hace más de 10 años, entre ellos el Brasil, Jamaica, el Senegal, Tailandia y Uganda. Otros

Para los programas que abordan cuestiones delicadas, es imprescindible contar con el compromiso asumido al más alto nivel.

gobiernos han reconocido más recientemente la gravedad de la crisis y han comenzado a obtener resultados. En la India, el Primer Ministro ha exhortado al Parlamento a considerar que el VIH/SIDA es el más grave problema de salud pública que enfrenta el país³.

En cambio, algunas políticas formuladas para combatir el SIDA tal vez estigmaticen a los jóvenes e infrinjan sus derechos humanos, por ejemplo, cuando se estipula que las jóvenes deben utilizar vestimentas con marcas especiales para indicar que son vírgenes. Esos enfoques sólo sirven para marginar a los más necesitados de información y servicios, sin proporcionar las aptitudes y la protección que tan urgentemente se necesitan.

Son escasas las investigaciones que miden los efectos de los programas sobre el cambio en la legislación y las políticas, la modificación de las normas culturales y el fomento de ámbitos de apoyo a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Esas acciones de monitoreo son relativamente nuevas y su evaluación es difícil. Las pruebas del resultado positivo al respecto, en su mayoría, provienen de estudios de casos e informes. Es necesario intensificar los esfuerzos para mejorar la documentación y evaluación de los programas.

EJEMPLOS DE ADELANTOS EN LAS POLÍTICAS En 1998, Bolivia y la República Dominicana aprobaron políticas nacionales para la juventud en que se incorporó la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En ambos casos, las acciones resultaron del firme liderazgo de políticos influyentes—en Bolivia, una ex Primera Dama y un Viceministro; en la República Dominicana, el Vicepresidente— además de la participación de organizaciones de jóvenes, el apoyo de organismos internacionales y la eficaz coordinación entre varios sectores del Gobierno⁴.

El UNFPA y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) ayudaron al Gobierno de Ghana a formular una política sobre salud reproductiva de los adolescentes en que se reflejaban los objetivos de la CIPD⁵.

En Viet Nam, el Ministerio de Salud ha elaborado normas y directrices nacionales de salud reproductiva en que figura una sección específica para adolescentes⁶. El UNFPA está colaborando con el Gobierno de Jordania en la elaboración de una estrategia integral para la juventud que hace hincapié en las aptitudes para la vida y la salud reproductiva de las adolescentes, y en que las acciones de promoción corresponden al Ministerio de Educación, otros ministerios, varias ONG y administradores escolares⁷.

En Kenya, el proyecto de Iniciativas para la Juventud capacitó a líderes locales para que abogaran por la salud reproductiva de los adolescentes ante sus homólogos nacionales, de modo de contribuir a elevar la prioridad asignada al tema en las políticas nacionales⁸.

Programas basados en los derechos humanos

Hay un consenso internacional, consolidado por la Convención sobre los Derechos del Niño y la CIPD, acerca de que los jóvenes deben disfrutar de los derechos humanos básicos, cuyo ejercicio es su prerrogativa. Esto proporciona una firme base para programas que abordan cuestiones de salud reproductiva y sexual de los adolescentes.

Los planificadores de programas en este tema, al igual que en otras esferas de desarrollo, están adoptando cada vez más un enfo-

que programático basado en los derechos humanos, que destaca las obligaciones de los Estados de posibilitar que los individuos disfruten de sus derechos; este criterio se aparta de otros tradicionales que tienden a destacar las necesidades de poblaciones vulnerables, sin tomar en cuenta plenamente sus capacidades y derechos, ni las estrategias para ampliar sus medios de acción.

Un enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos reconoce que las personas, a menudo que van teniendo acceso a la información pertinente, los conocimientos prácticos y las oportunidades, comienzan a estar facultadas para actuar por cuenta propia y disfrutar de sus derechos humanos. Para los adolescentes, esto entraña medidas progresivas a fin de eliminar las barreras a la vigencia de sus derechos reproductivos y su salud reproductiva, prevenir y castigar la conculcación de sus derechos y adoptar medidas concretas para la vigencia de dichos derechos.

Entre las actividades que promueven los derechos de los jóvenes cabe mencionar:

- Incorporar la educación sobre los derechos humanos en las políticas educacionales, la educación sobre sexualidad para adolescentes dentro y fuera de las escuelas, los programas de capacitación y la difusión comunitaria⁹.
- Movilizar el compromiso público y político en pro de políticas que aborden cuestiones postergadas atinentes a los derechos reproductivos, entre ellas el matrimonio precoz y forzado, la violencia sexual, la responsabilidad masculina y el derecho a disponer de servicios de salud sexual y reproductiva y de información al respecto¹⁰.
- Instaurar políticas y programas nacionales y locales para la juventud que destaquen la igualdad de género y los derechos de los jóvenes en cuestiones de salud sexual y reproductiva, además de especificar medidas a adoptar y asignar fondos para su puesta en práctica¹¹.
- Velar por la participación de organizaciones no gubernamentales, de derechos humanos, de mujeres y de jóvenes en los procesos de formulación de políticas, leyes y programas de salud reproductiva¹².
- Fortalecer las capacidades de los grupos de jóvenes para que participen en todas las etapas de la programación, facilitando su contribución al debate legislativo y sobre políticas, así como a la ejecución eficaz de los programas¹³.
- Crear coaliciones que promuevan reformas jurídicas, medidas de aplicación de las leyes y revisiones legislativas a fin de salvaguardar los derechos de los adolescentes, especialmente en esferas críticas como la violencia, el matrimonio, la educación y la salud reproductiva.
- Velar por la participación de los jóvenes en todas esas actividades.

El éxito dependerá de integrar tales acciones en marcos nacionales más amplios para la mitigación de la pobreza en los países en desarrollo y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (véase el recuadro), inclusive procesos de reforma, entre ellos las

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO En el año 2000, 189 gobiernos suscribieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG), que en su mayoría deberían alcanzarse antes de 2015, estableciendo el progreso con respecto a los niveles registrados en 1990:

1. Erradicar la extrema pobreza y el hambre.
2. Lograr la educación primaria universal.
3. Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad de niños.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Como manifestó en 2002 el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan: “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular la erradicación de la pobreza y el hambre, no pueden alcanzarse si no se abordan decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y esto significa intensificar los esfuerzos de promoción de los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, inclusive la salud reproductiva y la planificación de la familia”.

resultantes de los Documentos de Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP) y los Enfoques Sectoriales (SWAP) para la reforma del sector de salud. Con frecuencia, esos planes nacionales no reflejan los acuerdos internacionales relativos a los derechos y las necesidades de los jóvenes.

Los indicadores preparados para la medición del adelanto hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio se refieren a los jóvenes, como importante subgrupo de población cuya salud y cuyo bienestar deberían ser monitoreados. Pero algunos promotores de la juventud se han desalentado por la ausencia de metas en que se reconozcan concretamente las necesidades especiales de este grupo de edades, comúnmente marginado.

Movilización del apoyo comunitario

Aun cuando se hayan formulado políticas y leyes adecuadas, su aplicación ha sido lenta y difícil. Los programas que abordan las normas sociales restrictivas y promueven cambios en los comportamientos requieren acciones de promoción para lograr la participación activa de las comunidades y reflejar las preocupaciones, los valores y las prioridades locales.

En las acciones de movilización comunitaria se recurre a árbitros de opinión para alentar un clima más favorable a la ejecución de los proyectos y también se trata de involucrarlos en la definición y el diseño de los programas. Éste es un proceso dinámico encaminado a determinar las necesidades e intereses de amplios sectores de la comunidad. Los miembros de la comunidad así involucrados pasan a ser agentes de cambio social y contribuyen a reducir a un mínimo la oposición y, al mismo tiempo, a impulsar las metas de políticas y programas¹⁴.

Varios programas para la juventud han utilizado eficazmente un enfoque de movilización comunitaria, conocido como Aprendizaje Participatorio para la Acción (PLA), que involucra a los jóvenes en el examen de sus propias situaciones y la formulación de soluciones a los problemas que ellos enfrentan. Un enfoque de ese tipo se utilizó en Lusaka (Zambia) para formular un programa de salud reproductiva de los adolescentes que incluía servicios acogedores para estos, actividades de jóvenes asesores de otros jóvenes y distribución de anticonceptivos de base comunitaria¹⁵. En Camboya, un programa de ese tipo en un taller de confección de ropa empleó gran cantidad de jóvenes en la preparación de un currículo sobre salud reproductiva, para su utilización en el lugar de trabajo¹⁶.

En Burkina Faso, un proyecto de participación comunitaria conducido por una ONG nacional fortaleció a tres asociaciones de jóvenes con base en comunidades rurales. A su vez, esos grupos involucraron a miembros de la comunidad, especialmente jóvenes, en el diseño de programas de base comunitaria para abordar cuestiones clave de salud reproductiva que les interesaban¹⁷. El resultado fue un mejor conocimiento de la salud sexual y reproductiva, una mayor capacidad para hablar abiertamente sobre temas tocantes a la sexualidad, mejores aptitudes de negociación del uso de condones y mayor acceso a los anticonceptivos.

El Comité de Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC) ha promovido el apoyo comunitario al desarrollo de los adolescentes, inclusive el aplazamiento del matrimonio, proporcionando un programa de créditos en respuesta a las necesidades percibidas localmente¹⁸.

La movilización comunitaria es particularmente eficaz cuando está a cargo de redes de ONG que se ocupan de determinados grupos sociales, los cuales pueden colaborar, intercambiar experiencias y conocimientos prácticos adquiridos y aunar recursos.

Participación de los jóvenes en la programación

Para que las acciones relativas a los derechos y necesidades de los adolescentes tengan éxito, es preciso que involucren activamente a los jóvenes en la formulación y aplicación de políticas y programas.

Los adultos tienden a percibir a los jóvenes a través del lente de sus propios intereses y preocupaciones. Con frecuencia se considera completamente natural que los adolescentes sean invisibles y estén supeditados a los adultos, que se los vea pero que no se los oiga, a menos que se les hable. El reto es comprender y abordar la postergación de que son objeto los jóvenes, como grupo y como individuos.

Esta tendencia a desoír las voces de los jóvenes queda agravada por la pobreza y la falta de acceso a recursos económicos, y también por diversas formas, conexas entre sí, de postergación social que excluye a los jóvenes de la plena participación en sus sociedades¹⁹.

En los últimos años, aumentó el número de personas y organizaciones de todo el mundo que han pasado a cuestionar que se trate a los jóvenes como si tuvieran menor importancia. ¿Por qué ha sido aceptable—y en muchos casos legal—azotar a los niños, casarlos antes de que estén en condiciones de comprender lo que les está ocurriendo, o pagarles menos que a los adultos por realizar el mismo trabajo?

En la Convención sobre los Derechos del Niño se reconocen explícitamente los derechos del niño, y no sólo las protecciones que

necesita. En el artículo 12 se insiste en la “visibilidad” de los niños por derecho propio y se estipula que “el niño tiene el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afecten al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño”. Para poner en práctica la Convención será necesario que cambie la manera en que las personas interpretan las relaciones entre adultos y niños, puesto que con frecuencia se considera que los niños necesitan protección y orientación, pero no que tengan contribuciones meritorias que hacer por sí mismos²⁰.

Un grupo de jóvenes escoceses que se autodenomina “Artículo 12” promueve “el derecho de los jóvenes a sus derechos”. Según lo expresado en su sitio Web, “cualquier persona participante en “Artículo 12” cree en su derecho a expresar sus opiniones en cualquier oportunidad, sobre cualquier tema de su interés; pero, lo que es más importante, cree en crear oportunidades propicias dado que, es preciso admitirlo, son muy pocos los adultos que quieren escuchar a los jóvenes”.

Esta nueva apreciación de la necesidad de tomar en cuenta las opiniones de los jóvenes también puede percibirse en los programas locales que involucran a los jóvenes en la mejora de su propia salud y su propio desarrollo, en lugar de tratarlos como receptores pasivos de conocimientos, servicios o atención²¹.

DEFINICIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DE LOS JÓVENES En los últimos diez años, la noción de participación de los jóvenes ha ganado terreno y aceptación, pues ha dejado de ser meramente simbólica y ha pasado a promover activamente la más plena participación de los jóvenes en las decisiones que les conciernen.

La participación de los jóvenes ha sido definida de maneras diferentes—pero no coherentes entre sí—²². La Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) ha avanzado mucho hacia la formulación y aplicación de una definición significativa de la participación de los jóvenes dentro de la organización. A partir de 1999, la estructura de gobierno de la IPPF ha estipulado que al menos un 20% de quienes participan en la adopción de decisiones deben ser menores de 25 años²³. Sus reuniones incluyen habitualmente jóvenes a quienes se alienta y se faculta para que se expresen. Los jóvenes producen *X-press*, boletín de la IPPF para adolescentes, repleto de información acerca de los derechos y la salud.

La participación en grupos sociales inspira sentimientos de conexión y pertenencia y ayuda a los jóvenes a desarrollar un sentido de identidad. La colaboración con otros jóvenes que comparten algunas de sus opiniones fortifica sus ideas y valores. Y el sentido de que se está contribuyendo—a una causa, a una decisión o a un grupo—puede ser un aspecto de importancia crucial en el desarrollo de una persona.

Todos esos factores también atañen directamente a la vida sexual y reproductiva de los jóvenes. Una gran parte de lo que los jóvenes necesitan para un desarrollo saludable incluye sus relaciones con los demás y la capacidad de negociar relaciones y adoptar decisiones.

La colaboración con los jóvenes suele entrañar un reto para adultos directores de programas, quienes a veces piensan que su mayor experiencia los faculta mejor para adoptar decisiones y tal vez no acepten fácilmente un vínculo en un plano de igualdad, ajeno a la típica dinámica entre adultos y niños²⁴.

27

LOS JÓVENES FORMULAN POLÍTICAS EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

En la República Dominicana se utilizó un proceso participatorio para formular la Política Nacional para la Adolescencia y la Juventud, 1998-2003. En 1996 se organizó un foro nacional de la juventud, como parte del debate nacional sobre prioridades sociales, inclusive temas de la juventud. Los jóvenes participantes exigieron que el Gobierno estableciera un claro programa para los jóvenes y que estos participaran en la formulación de políticas. Con el apoyo del UNFPA y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y con grandes contribuciones de los jóvenes, un comité intersectorial redactó la política nacional para la juventud.

Además, los jóvenes instaron crear por ley un ministerio de la juventud a nivel de gabinete y dedicarle 1% del presupuesto nacional. Esa Ley fue aprobada con algunas modificaciones. Un observador escribió: “Es simbólico e igualmente importante el reconocimiento por la ley de los jóvenes como recurso nacional y fuerza positiva. Tal reconocimiento contrasta pronunciadamente con leyes anteriores que presentan a los jóvenes como posibles agentes de perturbación, que deben ser controlados o castigados”.

Cuando se desoye a los jóvenes, esto puede perjudicarlos directamente, alentar la impunidad de los abusadores o simplemente conducir a decisiones erróneas. La inclusión de los jóvenes fortalece la democracia, los protege mejor y es un derecho fundamental²⁵. También es la clave del progreso de políticas y programas para la juventud.

ÉXITOS PROGRAMÁTICOS Pueden encontrarse ejemplos inspiradores de la participación de los jóvenes en todos los niveles: desde el proceso de formación de políticas, pasando por las campañas en los medios de difusión, la promoción de los derechos humanos, la educación de jóvenes por otros jóvenes, la prestación de servicios, el asesoramiento, hasta llegar a la capacitación. Cuando los adultos que procuran seriamente la contribución de los jóvenes la solicitan, los jóvenes proporcionan exactamente lo necesario y enriquecen enormemente el proceso. En muchos países donantes y receptores se han establecido eficaces consejos nacionales de la juventud.

Muchos jóvenes, al reconocer que necesitan encargarse ellos mismos de obtener resultados, se han organizado para mejorar su posición social, económica y política. La UNESCO enumera muchas organizaciones conducidas por jóvenes, entre ellas la Iniciativa de la Juventud Siberiana, que promueve la activa participación de los jóvenes en la formulación de políticas para la juventud, propicia que las organizaciones de la juventud cooperen entre sí e involucra a los jóvenes en la consideración de cuestiones mundiales²⁶.

Algunos países han tratado de formular políticas para la juventud que involucren explícitamente a los jóvenes y prevean su futura participación. Colombia aprobó una Ley de la Juventud que estimuló la activa participación de los jóvenes en cuestiones de desarrollo nacional y se comprometió a respetar y promover los derechos de la juventud²⁷. Se ha incluido a jóvenes en los planes locales de desarrollo y se han establecido oficinas provinciales para la juventud.

En México, estimulados por acciones en pro de la salud de la mujer, varios jóvenes establecieron en 1996 la red de jóvenes *Elige*, a fin de promover un debate nacional encaminado a influir sobre

los legisladores y lograr que los jóvenes cobren conciencia de sus derechos reproductivos²⁸. En 2001, con el apoyo del UNIFEM, establecieron una red de jóvenes mujeres activistas contra la violencia por motivos de género²⁹.

La organización *Elige* es miembro de la Red de América Latina y el Caribe para los derechos sexuales y reproductivos (REDLAC), red regional de promoción de los derechos de los jóvenes, la igualdad de género y el acceso a los servicios de salud sexual y a la educación sobre la sexualidad. Coordina las voces de las organizaciones de jóvenes de toda la región en campañas, conferencias y reuniones internacionales y apoya la formación de jóvenes educadores de otros jóvenes.

La Coalición de Jóvenes, con sede en Canadá, fue establecida en 1999 durante una reunión celebrada en La Haya para examinar los adelantos logrados después de la CIPD³⁰. Este grupo internacional está constituido por personas de entre 15 y 29 años de edad, comprometidas a promover los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y velar por que tengan voz en los procesos de adopción de decisiones, en particular los que atañen directamente a sus propias vidas. Se capacita a los miembros para que realicen tareas de promoción ante encargados de formular políticas.

Recursos

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se convino en que el costo anual de un conjunto de medidas para satisfacer las necesidades de salud reproductiva y otras necesidades de las personas de todas las edades en los países en desarrollo ascendía a 17.000 millones de dólares en el año 2000, importe que aumentaría hasta 18.500 millones de dólares en 2005, 20.500 millones de dólares en 2010 y 21.700 millones de dólares en 2015. De esos importes, una tercera parte sería aportada por la comunidad internacional.

En 2001, el total de los gastos ascendió a 9.600 millones de dólares. La asistencia internacional llegó a un total de 2.500 millones de dólares, menos de la mitad (44%) del compromiso asumido para el año 2000. Los países en desarrollo aportaron 7.100 millones de

dólares, un 63% de su compromiso asumido para el año 2000. Gran parte de este gasto corresponde a unos pocos países de gran magnitud. África es la región donde son mayores (70%) las contribuciones procedentes de fuentes internacionales.

En los cálculos originarios de la CIPD para los costos programáticos relativos al VIH/SIDA no se incorporaron los costos de fiscalizar el suministro de sangre, de los sistemas de detección y asesoramiento ni de la difusión en beneficio de poblaciones especiales de alto riesgo. Tampoco se incluyeron acciones de prevención secundaria, como los tratamientos antirretrovirus (es decir, para frenar la transmisión de la madre al hijo o reducir la carga viral en las poblaciones infectadas).

El programa ONUSIDA ha actualizado el cálculo de necesidades y el componente de prevención del conjunto originario y ha estimado los recursos adicionales para esos componentes complementarios y esenciales de la respuesta a la pandemia. Las estimaciones iniciales de necesidades para las intervenciones (campañas en los medios de difusión, educación en las escuelas, promoción de la abstinencia voluntaria y el comportamiento sexual responsable y aumento del suministro de condones) aumentaron en 200 millones de dólares, para llegar a 1.700 millones de dólares. Los gastos de apoyo y complementarios para prevención, atención y tratamiento llevan el total a 10.000 millones de dólares por año.

Será necesario también contar con recursos adicionales para el desarrollo de la infraestructura básica de salud, la atención terciaria y la atención obstétrica de emergencia.

Asimismo, se necesitarán recursos adicionales para otros objetivos de población indicados en el Programa de Acción, entre ellos:

- Educación básica universal.
- Ampliación de los medios de acción de la mujer.
- Cuestiones del medio ambiente.
- Generación de empleo.
- Erradicación de la pobreza.

En las estimaciones del Programa de Acción no se previeron recursos para las necesidades de personas en diferentes grupos de edades, pero la población de adolescentes y jóvenes ha dispuesto de servicios muy insuficientes.

Los adolescentes necesitan que los países, las sociedades y las familias los apoyen, los acojan y los respeten. La llegada a la mayoría de edad es un momento en que el joven ha de tomar conciencia de los límites, ha de explorar los potenciales y ha de poner a prueba las oportunidades.

Las opciones efectuadas tempranamente marcan el derrotero de las acciones futuras. Que los jóvenes efectúen o no opciones racionales depende de los ejemplos, la educación y los recursos que se les hayan proporcionado. Es muy frecuente que las sociedades y las familias se sientan conflictuadas o presa de incertidumbre sobre la manera de satisfacer las necesidades de los jóvenes.

Los jóvenes utilizarán todo lo que esté a su alcance para afirmar su identidad y demarcar su rumbo. En los próximos 50 años, habrá más de 1.200 millones de adolescentes en diferentes lugares y situaciones. Si no se toma muy en serio a los jóvenes y sus transiciones

28

CONSEJO NEERLANDÉS SOBRE LA JUVENTUD Y LA POBLACIÓN

Este grupo, integrado por unos 15 jóvenes, tiene el propósito de plasmar en la realidad los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes, además de promover una participación significativa de la juventud al respecto. Desde su creación en 1997 por la Fundación Mundial para la Población, sus representantes han formado parte de la delegación oficial de los Países Bajos a varias conferencias internacionales sobre población y desarrollo, sobre la mujer y sobre el VIH/SIDA, y han participado en foros mundiales de la juventud celebrados en Portugal y el Senegal. En esas conferencias, han propugnado un enfoque franco y honesto de la sexualidad de los jóvenes. El Consejo utiliza sus conocimientos especializados sobre derechos reproductivos y sexuales, participación de los jóvenes y promoción, en la realización de talleres y actividades de creación de conciencia, en beneficio de la juventud de los Países Bajos. También ha realizado actividades para establecer en 2004 una Red Europea de la Juventud que promueva los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes en foros nacionales, europeos e internacionales.

en la vida, se los dañará gravemente a ellos, a sus familias, a sus sociedades y a las futuras generaciones. Con inversiones apropiadas se puede asegurar el crecimiento y el desarrollo saludables de los jóvenes.

Costos de la inacción

Las cuestiones relativas a los jóvenes son parte de una compleja trama de cambios sociales y económicos y es menester abordarlas de manera multidimensional e intersectorial. La pobreza y las pautas desiguales de crecimiento económico—impulsadas y obstaculizadas de diversas maneras por las fuerzas de la mundialización—contribuyen en muchos lugares a altas tasas de desempleo de los jóvenes. La ampliación de los estudios escolares durante varios decenios ha proporcionado oportunidades y retos para una fuerza laboral en dinámico cambio.

Las novedades epidemiológicas y nutricionales han acarreado adelantos en la salud de los jóvenes; hay nuevas enfermedades, entre ellas infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, que plantean retos. La cambiante dinámica de la población altera la prioridad relativa que los encargados de formular políticas asignan a diferentes grupos de edades en sus presupuestos y sus planes. Esto complica la cuestión de abordar los años de adolescencia y transición, hasta ahora descuidados.

La evaluación de la importancia de las inversiones en la juventud se complica por varios factores:

- Muchas intervenciones tardan mucho tiempo antes de producir efectos.
- Las inversiones en diferentes ámbitos operan de manera sinérgica, de modo que puede ser difícil detectar las causas e individualizar las prioridades.
- Por razones prácticas y éticas, los diseños alternativos de programas experimentales que podrían posibilitar la comparación entre diferentes enfoques raramente se aplican a muchas esferas de intervención social (inclusive programas comunitarios y de salud reproductiva).
- Diversas poblaciones de jóvenes difieren pronunciadamente entre sí; las estrategias deben adecuarse a sus situaciones

29

FINLANDIA AYUDA AL UNFPA A AMPLIAR LA ESCALA DE LOS PROGRAMAS

El Gobierno de Finlandia ha ocupado un lugar prominente en el apoyo a las acciones mundiales para la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. En los últimos años, ha complementado su contribución ordinaria al UNFPA con un apoyo financiero y técnico adicional, lo cual ha posibilitado que el Fondo documente y fortalezca los programas eficaces y duplique sus enfoques en mayor escala. Finlandia también ha brindado apoyo a la promoción mundial y el intercambio de conocimientos, a la campaña para erradicar la fístula obstétrica, a la provisión de servicios acogedores para los jóvenes, a la formulación de estrategias de comunicación para el cambio en los comportamientos y a la participación de encargados de formular políticas y líderes de la juventud en varias reuniones mundiales y regionales.

vitales (casados o solteros, escolarizados o que no concurren a la escuela, empleados o no, con familias intactas o no, etc.) y a las expectativas culturales; no hay enfoques indistintamente válidos en todas las situaciones. Lo que es válido en un ámbito o para un subgrupo de jóvenes, puede ser menos eficaz en otro, aun cuando se sepa que los costos de la inacción son considerables³¹.

También es difícil estimar los costos reales de los programas³² y sus diversos beneficios (particularmente, aquellos que no se limitan a mejorar la productividad). Un factor que complica la situación para los encargados de formular políticas es que tal vez las inversiones redunden en beneficios diferentes para los hombres y las mujeres. Por ejemplo, es posible que los jóvenes varones se beneficien más que las jóvenes mujeres con programas relativos al consumo de tabaco o alcohol y a las toxicomanías. Las inversiones en salud reproductiva benefician más directamente a las mujeres.

Como hemos visto en el Capítulo 1 (Cuadro 3), la trama de relaciones entre causas y efectos de los resultados negativos que afectan a los adolescentes es compleja y los factores se refuerzan mutuamente. Para quebrar los círculos viciosos que capturan a algunos jóvenes y reemplazarlos con círculos virtuosos de apoyo mutuo y positivo, a menudo es menester combinar las intervenciones programáticas.

No obstante, las investigaciones en diferentes ámbitos proporcionan importantes informaciones acerca del valor de las inversiones en los jóvenes, en lo concerniente a sus consecuencias económicas.

COSTOS DEL EMBARAZO PRECOZ Un tema fundamental de las intervenciones es prevenir el embarazo no deseado de las jóvenes y promover el aplazamiento de la procreación.

Se ha estimado el costo de un embarazo en la adolescencia, en comparación con un embarazo después de los 20 años de edad³³, considerando los siguientes factores:

- Menores ingresos de la madre a lo largo de toda su vida (a consecuencia del abandono escolar precoz, la necesidad de atender a los hijos que afecta las posibilidades de educación y empleo y la menor experiencia laboral); en gran medida, costos privados.
- Menor ingreso impositivo (debido al menor ingreso de las madres o a los menores ingresos por impuestos al consumo).
- Costo de las necesidades de subsistencia de los hijos (con frecuencia, los embarazos precoces suponen un menor apoyo de los padres de las criaturas).
- Mayores costos de atención de la salud (las complicaciones son más probables en los embarazos precoces y entrañan gastos de salud ulteriores más elevados para el niño; posteriormente, esos costos afectan los beneficios a terceros que habrían sido posibles si los embarazos se hubieran evitado o aplazado).

- Costos adicionales necesarios para niños en situación desventajosa (inclusive los efectos intergeneracionales de la menor educación, la mayor asunción de riesgos, la pobreza y los gastos concomitantes).
- Mayores gastos de apoyo social (a consecuencia de la demanda de hogares de guarda, programas de nutrición infantil, programas alimentarios y viviendas subsidiadas por el gobierno).
- Costos de la exclusión social (pues el apoyo de la familia y la comunidad a las madres solteras es escaso y esas madres son excluidas de las oportunidades).

Los costos sociales nacionales varían en función de las tasas existentes de alumbramiento en la adolescencia, los salarios locales y la cuantía de los gastos sociales³⁴. Hay dos componentes: costos financieros (y gastos directos) y costos económicos (costos de oportunidad de usos alternativos de los recursos y efectos marginales sobre otros gastos)³⁵.

Las estimaciones correspondientes a siete países del Caribe de los costos financieros agregados ascienden a 3,6 millones de dólares anuales. Las estimaciones de los costos económicos totales ascienden a 8,5 millones de dólares anuales. Esos costos, tanto financieros como económicos, superan apreciablemente los costos de aplazar los alumbramientos hasta que las jóvenes tengan mayor edad. Los costos financieros directos oscilan entre 28 dólares y 262 dólares por alumbramiento y por año, en función del lugar. Los costos económicos anuales oscilan entre 33 dólares y 363 dólares por alumbramiento. El costo anual de evitar un alumbramiento utilizando métodos de planificación de la familia es de sólo unos 17 dólares.

Esas estimaciones no incluyen los ingresos perdidos de los hijos en etapas posteriores de sus vidas, puesto que son más difíciles de estimar. (Por razones similares, se omite una amplia gama de costos sociales). Detallados estudios realizados en Barbados, Chile, Guatemala y México sugieren que la procreación precoz va acompañada de efectos económicos negativos, en particular para los pobres³⁶. Las adolescentes que dan a luz tienen más probabilidades de terminar siendo pobres que las que tienen hijos más tarde; esto se observa incluso cuando las mujeres comparadas coinciden en otros aspectos importantes.

La procreación precoz se correlaciona con más altas tasas de fecundidad, más cortos intervalos entre alumbramientos, menor cantidad de familias nucleares tradicionales³⁷ y la transmisión a los propios hijos de la preferencia por familias numerosas³⁸. Esos efectos no son meramente transitorios. Persisten tanto más tiempo cuanto más pobre sea inicialmente la adolescente. Tales efectos pueden reducirse si se imparte mayor educación y se aumenta el ingreso, pero hay grandes obstáculos para lograrlo. Entre las adolescentes pobres (a diferencia de las que están en posición económica más desahogada), la procreación redundante en menores sueldos mensuales; y los efectos sobre la nutrición de los niños sólo se ponen de manifiesto entre los pobres.

Es necesario que las políticas sociales aborden la información y los servicios necesarios para prevenir la procreación precoz no deseada y aumentar el acceso a la educación, las oportunidades de obtener ingresos, los servicios de calidad de salud reproductiva y la educación al respecto de las madres jóvenes pobres.

30

AMPLIACIÓN DE LOS MEDIOS DE ACCIÓN DE LAS JÓVENES EN BANGLADESH

Shahina Akter, de 20 años de edad, es una entre unas 1.100 jóvenes que han finalizado cursos de capacitación ofrecidos como parte de un proyecto que apoya el UNFPA en Bangladesh, y que han pasado a iniciar sus propias empresas. El propósito del proyecto es mitigar la pobreza, proporcionando capacitación práctica y préstamos para pequeñas empresas, según el criterio pionero del Banco Grameen.

La comunidad de Shahina, Bibir Bazar, decidió concentrarse en la confección de ropa, el tejido de cestas, y la cría de aves y ganado. Explica: "Ingresé al club cuando estaba en la escuela secundaria y durante seis meses aprendí a confeccionar vestidos y chales". El proyecto también apoya otras actividades de desarrollo comunitario y una pequeña clínica, en que se ofrecen servicios básicos de salud, incluidos los de salud reproductiva y planificación de la familia.

Inteligente, ambiciosa y dotada del sentido de los negocios, Shahina pidió un pequeño préstamo y al poco tiempo había captado a otras 20 jóvenes para su empresa de confección de ropa. Vende sus productos a tiendas en la cercana ciudad de Comilla y obtiene buenas utilidades. También capacita a otras jóvenes en la confección de ropa. Dice con orgullo: "A mi clase nadie deja de asistir".

Como resultado del proyecto, han aumentado considerablemente los ingresos en la aldea y las mujeres tienen ahora gravitación económica, pueden regular su fecundidad y comienzan a tener hijos más tarde, tienen menor cantidad y estos son más saludables, en comparación con otras mujeres en ámbitos menos propicios.

Los pobladores locales dicen que el proyecto elevó la edad media al contraer matrimonio en Bibi Bazar, desde entre 17 y 19 años hasta aproximadamente 24. Se ha abandonado por completo el antiguo sistema de la dote. "En esta aldea", explica Shahina, "las niñas llegan al matrimonio con sus propias "dotes", que han ganado ellas mismas. Acá estamos en un plano de mayor igualdad con los hombres".

Shahina dice que si no se hubiera realizado este proyecto, ella "probablemente se habría casado antes de los 19 años, ya tendría un hijo y seguiría siendo pobre y estando malnutrida".

COSTO DEL VIH/SIDA Cada año, más del 50% de los nuevos casos de VIH/SIDA ocurren entre personas de 15 a 24 años de edad. De ellas, la proporción correspondiente a personas de 15 a 19 años de edad se está estudiando pero es difícil de especificar³⁹. Los costos de la pandemia, expresados en función del desarrollo interrumpido, la pérdida del producto agrícola, la pérdida de educación, los costos excesivos de capacitación para subsanar las pérdidas de personal, la sobrecarga de los establecimientos de salud y el tratamiento (cuando se dispone de él) y la atención, entre otros, son enormes. La Comisión de Macroeconomía y Salud estimó que en un país pobre, los beneficios de evitar una infección con el VIH/SIDA ascienden a 34.600 dólares, cuando el ingreso medio es de 1.000 dólares anuales⁴⁰.

Se ha estimado que la eficacia en función de los costos de prevenir el VIH/SIDA, tema central de la lucha del UNFPA contra la epidemia, es 28 veces superior a la de la terapia antirretrovirus sumamente activa (HAART)⁴¹. Naturalmente, en un enfoque integral del VIH/SIDA se reconocen los efectos sinérgicos entre prevención y tratamiento (por ejemplo, la HAART reduce la carga viral y, por ende, la probabilidad de transmisión) y será necesario

encontrar un equilibrio entre las acciones que abordan los efectos sobre la salud y las que afectan los contextos sociales e interinstitucionales que colocan a la gente en situación de riesgo⁴². Es necesario efectuar estudios locales detallados para determinar los costos y beneficios particulares de programas específicos formulados en respuesta a condiciones locales.

Se dispone de pocos estudios sobre las utilidades que arrojan las acciones de prevención del VIH/SIDA. Un análisis detallado en Honduras, donde son bajas las estimaciones de prevalencia del VIH/SIDA (alrededor de 0,1%), se calculó la relación beneficio/costo de un programa educacional para adolescentes basado en las escuelas y se comprobó que los beneficios posibilitaban recuperar menos de la mitad de los costos⁴³. No obstante, los beneficios varían en proporción directa con el nivel de prevalencia. Cuando la prevalencia es del 1% (momento en que es mucho más frecuente que los encargados de formular políticas se percaten de la situación e instituyan programas), las utilidades serán de cinco dólares por cada dólar invertido. En países donde la prevalencia es del 20%, la proporción aumentaría pronunciadamente hasta 99 dólares por cada dólar invertido. Los beneficios exactos dependen de los niveles de cobertura y del diseño y la realización de los programas.

Para lograr niveles incluso más altos de beneficios privados y sociales, se necesitarían sistemas coordinados de actividades preventivas orientadas al cambio en los comportamientos, inclusive las realizadas fuera de las escuelas, la difusión en grupos de alto riesgo y la prevención de la transmisión de la madre al hijo. Si se efectuaran análisis que incluyan los beneficios adicionales de programas de información sobre salud reproductiva (no limitados a los que se relacionan estrictamente con la incidencia del VIH/SIDA) aumentarían aún más los beneficios esperados.

En los Estados Unidos, otros estudios sobre los beneficios de acciones preventivas de comportamientos sexuales riesgosos han demostrado que tales beneficios son de magnitud apreciable. Un programa de prevención del VIH, de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo, con base en escuelas, estimó que las utilidades eran de 2,65 dólares por cada dólar gastado. Un segundo estudio sobre prevención del comportamiento sexual sin protección comprobó ahorros de 5,10 dólares en los recursos que de otro modo se habrían gastado para subsanar los problemas resultantes⁴⁴. Otro estudio comprobó que las utilidades eran de 5 dólares por cada dólar gastado agregando la prevención del comportamiento sexual riesgoso a un proyecto de salud cuyo objetivo era combatir el consumo de tabaco y las toxicomanías⁴⁵.

COSTO DE LOS PROGRAMAS EDUCACIONALES Las estimaciones de recursos adicionales necesarios para mejorar la calidad y la cobertura en la educación básica ascienden a 30.000 millones de dólares anuales⁴⁶. Los beneficios de los programas educacionales son múltiples y sustanciales. Los estudios nacionales detallados producen estimaciones relativas a aspectos particulares de sus programas. Se ha estimado que un programa de becas en Colombia arroja beneficios de 3,31 dólares por cada dólar gastado⁴⁷. Se ha estimado que un programa de educación básica y alfabetización de adultos, también en Colombia, produce 19,90 dólares en beneficios por

3I LECCIONES PARA EL FUTURO Los programas que abordan cuestiones de salud sexual y reproductiva han avanzado considerablemente después de 1994, cuando se celebró la CIPD. Actualmente, se ha acumulado una experiencia suficiente para orientar la planificación de programas y determinar cuáles son las tareas fundamentales para el futuro. Algunas de las lecciones aprendidas:

- Es preciso que los encargados de formar políticas, los líderes gubernamentales y los dirigentes de la sociedad civil participen en la formulación de políticas y programas positivos.
- Es necesario contar con el apoyo comunitario a fin de acrecentar la aceptación y el uso de servicios acogedores para los jóvenes.
- Para la pertinencia, la apropiación y la efectiva utilización de los programas, es imprescindible contar con la participación de los jóvenes y la alianza entre jóvenes y adultos.
- Es preciso que la conciencia sobre las cuestiones de género y la equidad de género forme parte integrante de la programación.
- El aumento de la edad legal para contraer matrimonio, con el apoyo de la movilización social para su puesta en práctica, será una de las actividades necesarias para ayudar a los jóvenes varones y mujeres—a cumplir mejor con sus obligaciones familiares, económicas y sociales.
- Es preciso abordar la prevención del alumbramiento demasiado precoz y de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, junto con programas educacionales y de formación en el servicio, haciendo hincapié en las prácticas sexuales de menor riesgo y la doble protección.

Algunas necesidades fundamentales a las que deberá prestarse atención en el futuro:

- Es preciso recopilar sistemáticamente información básica acerca de los programas, incluidos los datos sobre costos, y difundir esa información de modo que todos puedan aprender de experiencias diversas.
- Es menester aumentar la escala de los programas básicos, como los de educación sobre la sexualidad y establecimiento de servicios acogedores para los jóvenes, especialmente si se cuenta con una infraestructura sobre la cual basarse.
- Es menester formular y ensayar mejores modelos programáticos para llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela.
- Es necesario poner a prueba modelos para la programación en sociedades tradicionales.
- Es necesario fortalecer las acciones de documentación y evaluación.

cada dólar de costo⁴⁸. Esos niveles de utilidades están sumamente supeditados a las inversiones que se efectúen en varios otros sectores de desarrollo (inclusive silvicultura, riego, cría de ganado y diversos programas agrícolas).

Las inversiones en educación y salud, incluidos los servicios de salud reproductiva, producen grandes utilidades. Los beneficios son: más bajas tasas de fecundidad, reducción de los niveles de infecciones de transmisión sexual, aumento de la edad al contraer

matrimonio, mayor capacidad para utilizar la información sobre salud y nutrición, mayores aptitudes para la vida (con programas de estudios apropiados), y mayor igualdad y equidad de género. Esos numerosos resultados benefician directamente a los individuos, las familias y los países. La desagregación de dichos componentes es problemática, pero resulta claro que las conexiones directas e indirectas por intermedio de la salud reproductiva son importantes, tanto para la persona educada como para sus hijos. La educación de las niñas produce mayores beneficios.

Actualmente hay más de 1.200 millones de adolescentes que están llegando a la adultez. Su éxito y sus perspectivas de felicidad dependen del apoyo, los ejemplos, la educación, las oportunidades y los recursos que se les proporcionen. Es preciso facultar a los adolescentes para que efectúen opciones responsables y saludables y brindarles información y servicios. Las inversiones en el bienestar de la mayor generación de jóvenes jamás presente en el mundo, y las medidas para asegurar su participación, arrojarán beneficios a lo largo de muchas generaciones en el futuro.

32

CONSENSO MUNDIAL SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES

En el examen al cabo de cinco años de la aplicación del Programa de Acción de la CIPD, la Asamblea General de las Naciones Unidas exhortó a los gobiernos a satisfacer las necesidades de los adolescentes en materia de "servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso, para atender eficazmente sus necesidades de salud genésica y sexual, inclusive educación, información y asesoramiento sobre salud genésica y estrategias de fomento de la salud". El objetivo es que los adolescentes puedan "elegir opciones y adoptar decisiones responsables y fundamentadas...a fin de, entre otras cosas, reducir el número de embarazos de adolescentes".

En el acuerdo, concertado en 1999, también se estipula lo siguiente:

- Los gobiernos deben garantizar "que se imparta educación a los padres o personas con responsabilidades jurídicas sobre suministro de información acerca de la salud sexual y reproductiva y que participen en esta tarea, en forma compatible con la evolución de la capacidad de los adolescentes".
- "Los adolescentes sexualmente activos necesitarán información, asesoramiento y servicios especiales relacionados con la planificación de la familia, al igual que prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA".
- "Estos servicios deben proteger los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento fundamentado, respetando los valores culturales y las creencias religiosas y de conformidad con los acuerdos y convenciones internacionales vigentes pertinentes".
- "Las adolescentes embarazadas están especialmente expuestas a riesgo y necesitarán apoyo especial de sus familias, los proveedores de servicios de salud y la comunidad, durante el embarazo, el parto y la primera etapa de vida del recién nacido. Este apoyo debe permitir a dichas adolescentes proseguir su educación".
- "Los países deben asegurarse de que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no restrinjan el acceso de los adolescentes a servicios adecuados y la información que necesiten, inclusive para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la violencia y el abuso sexuales".
- Los gobiernos y los donantes "deberán garantizar que para 2005 por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad y para 2010 por lo menos el 95% de dichos jóvenes, tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para desarrollar los conocimientos indispensables a efectos de reducir su vulnerabilidad a la infección con el VIH. Los servicios deben incluir el acceso a métodos preventivos como los preservativos femeninos y masculinos, las pruebas voluntarias, el asesoramiento y las medidas complementarias".



notas e indicadores

notas 62

fuentes para los cuadros 69

indicadores

Vigilancia de las metas de la CIPD -
Indicadores seleccionados 70

Indicadores demográficos, sociales y económicos 74

Indicadores escogidos para países y territorios
menos populosos 78

Notas de cuadros de indicadores 80

Notas técnicas 81

CAPÍTULO 1

- 1 Este resumen se basa en: Cohen, B. 2003. "Youth in Cities: An Overview of Key Demographic Shifts". Presentación en *Power Point* efectuada en la reunión: Youth Explosion in Developing World Cities: Approaches to Reducing Poverty and Conflict in an Urban Age, Woodrow Wilson Center for International Scholars, Washington, D.C., 20 de febrero de 2003.
- 2 Numerosas instituciones de investigación de los Estados Unidos, entre ellas, Alan Guttmacher Institute, Centers for Disease Control and Prevention y Family Care International realizan importantes encuestas multinacionales y estudios cualitativos sobre los jóvenes. Se está realizando un análisis de la bibliografía existente, bajo los auspicios de: Committee on Population of the National Research Council, United States National Academy of Sciences (Transitions to Adulthood project).
- 3 Naciones Unidas. 1995. Población y Desarrollo, volumen. 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, párrafo 7.2. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 4 Naciones Unidas. 2002. *Informe sobre la Juventud Mundial 2003: Informe del Secretario General* (E/CN.5/2003/4), párrafo 16. Nueva York: Comisión de Desarrollo Social, Naciones Unidas.
- 5 Filmer, D. y L. Pritchett. 1999. "The Effect of Household Wealth on Educational Attainment: evidence from 35 countries. *Population and Development Review*. 25 (1): págs. 85 a 120.
- 6 Esta sección se basa en resultados preliminares a partir de seis conjuntos de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (Bolivia, Nepal, Níger, Nigeria, Rajastán (India) y Turquía) tabulados para J. Rosen. 2003 (de próxima publicación) *Adolescent Health and Development: A Resource Guide for World Bank Staff and Government Counterparts*. Washington, DC: The World Bank.
- 7 Factores diferenciales de los informes en la serie *Socio-economic differences in health, nutrition and population in [Country]* preparado por D. R. Gwatkin y otros para HNP/Poverty Thematic Group del Banco Mundial; véase también *El Estado de la Población Mundial 2002: Población, Pobreza y Oportunidades: El desarrollo al servicio de los pobres*, Gráfico 7, pág. 37. Nueva York: UNFPA.
- 8 Fuente para esta sección: Curtain, R. 2002. "Youth in Extreme Poverty: Dimensions and Country Responses". (Informe preliminar). Sitio Web: http://www.un.org/esa/socdev/unyin/helsinki/ch03_poverty_curtain.pdf, sitio visitado el 6 de enero de 2003.
- 9 Un análisis completo del dividendo demográfico figura en: UNFPA. 2002, y sus materiales de referencia.
- 10 Las variaciones nacionales en las estructuras y la dinámica de edades pueden ser tan espectaculares como la diversidad de los retos al desarrollo y las oportunidades para abordarlos.
- 11 Las diferencias en salud y fecundidad se consideran en: UNFPA 2002, capítulo 4.
- 12 Datos de las Encuestas Demográficas y de Salud, analizados por *The Population Council*. Sitio Web: www.popcouncil.org/gfd/gfdhs.html, sitio visitado el 1º de abril de 2003. Nota: no se recogieron datos para la mayoría de los países del Asia meridional y oriental.
- 13 USAID, UNICEF, y UNAIDS. 2002. *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Programme Strategies*. Washington, D.C.: The Synergy Project.
- 14 Ibid.
- 15 UNICEF. 2001. *El Estado Mundial de la Infancia 2001: Primera infancia*. Nueva York: UNICEF.
- 16 Véase: National Center for Missing and Exploited Children. Arlington, Virginia. Sitio Web: www.operationlookout.org/lookoutmag/why_children_run_away.htm. Sitio visitado el 8 de junio de 2003; ChildLine. Londres. Sitio Web: www.childline.org.uk/Whydochildrenandyoungpeoplerrunawayorbecomehomeless.asp, sitio visitado el 8 de junio de 2003; y Centre for Addiction and Mental Health. Toronto, Canada. Sitio Web: <http://www.camh.net>, sitio visitado el 19 de diciembre de 2002.
- 17 Volpi, E. 2002. "Street Children: Promising Practices and Approaches". WBI Working Papers. Washington, D.C., The World Bank Institute, Banco Mundial.
- 18 International Youth Foundation. 2001. *Annual Report 2001: I Want to Belong*. Baltimore, Maryland: International Youth Foundation.
- 19 Larson, R., y otros. 2002. "Changes in Adolescents' Interpersonal Experiences: Are They being Prepared for Adult Relationships in the Twenty-first Century? *Journal of Research on Adolescence* 12(1): págs. 31 a 68; y WHO y National Institute on Drug Abuse. 2000. *Street Children and Drug Abuse: Social and Health Consequences: Meeting Proceeds, September 17-19, 2000: Marina Del Rey, California*. Ginebra y Washington D.C.: WHO y National Institute on Drug Abuse.
- 20 OMS y National Institute on Drug Abuse 2000. pág. 16.
- 21 OMS. 2000. *Working with Street Children: Module 1: A Profile of Street Children* (WHO/MSD/MDP/00.14). Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicomanías, WHO.
- 22 OMS y National Institute on Drug Abuse 2000. pág. 14.
- 23 Walters, A. S. 1999. "HIV Prevention in Street Youth". *Journal of Adolescent Health* 25(3): págs.187 a 198.
- 24 Leiderman, Stuart M. 1996. "Learning to Recognize Environmental Refugees", pág. 1. Ponencia preparada para: Symposium No. 316, "Environmental Refugees: Anticipation, Intervention, Restoration" Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science, Baltimore, Maryland, 13 de febrero de 1996. Para un análisis más amplio de los vínculos entre población, medio ambiente y desarrollo, véase: UNFPA. 2001. *El Estado de la Población Mundial 2001: Huellas e hitos: Población y cambio del medio ambiente*. Nueva York: UNFPA.
- 25 The Population Council. Sin fecha. *Facts about Adolescents from the Demographic and Health Survey: Statistical Tables for Program Planning*. Nueva York: The Population Council. Sitio Web: www.popcouncil.org/gfd/gfdhs.html, sitio visitado el 30 de mayo de 2003.
- 26 Amin, S., y otros. 1998. "Transition to Adulthood of Female Garment-factory Workers in Bangladesh". *Studies in Family Planning* 29(2): págs. 185 a 200.
- 27 Ajuwon, A. J., y otros. 2002. "HIV Risk-related behavior, Sexual Coercion, and Implications for Prevention Strategies among Female Apprentice Tailors, Ibadan, Nigeria". *AIDS and Behavior* 6(3): págs. 229 a 235.
- 28 UNICEF. 2001b. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florence, Italy: UNICEF Innocenti Research Centre. Sitio Web: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.
- 29 International Center for Research on Women. 2003. "Research for Policy Action: Adolescents and Migration in Thailand". Washington, D.C.: International Center for Research on Women. Sitio Web: <http://www.icrw.org/projects/thaimigration/thaimigration.htm>, sitio visitado el 24 de abril de 2003.
- 30 Consejo Nacional de Población. 2000. "Adolescent and young workers in temporary migration to the United States, 1998-2000". *Migracion Internacional* 4(11): págs 1 a 8.
- 31 UNICEF 2001a.
- 32 UNICEF. 2000a. "Children in War: Special Focus". Londres: UNICEF. Sitio Web: www.unicef.org.uk/news/soldiers.htm, sitio visitado el 8 de julio de 2003.
- 33 ACNUR. 1999. "Global Appeal: Programme Overview". Sitio Web: www.unhcr.ch/fdrs/ga99/children.htm.
- 34 Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados. 2002. *Fending for Themselves: Afghan Refugee Children and Adolescents Working in Urban Pakistan*. Nueva York: Women's Commission for Refugee Women and Children.
- 35 Fuente para este párrafo: UNICEF 2000a.
- 36 Mensch, B., J. Bruce, y M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. Nueva York: The Population Council; Adams, A. M., S. Madhavan, y D. Simon. 2002. "Women's Social Networks and Child Survival in Mali". *Social Science and Medicine* 54(2): págs. 165 a 178; y Kohler H.P., J. R. Behrman, y S. C. Watkins. 2001. "The Density of Social Networks and Fertility Decisions: Evidence from South Nyanza District, Kenya". *Demography* 38(1): págs. 43 a 58.
- 37 Naciones Unidas. 2003. Informe sucinto sobre la vigilancia de la población mundial 2003: Población, educación y desarrollo: Informe del Secretario General (E/CN.9/2003/2), pág. 13. Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Naciones Unidas.
- 38 UNESCO. 2002. *Regional and Adult Illiteracy Rate and Population by Gender*. París: Literacy and Non-Formal Education Sector, Institute for Statistics, UNESCO.
- 39 UNESCO. 2 de septiembre de 2002. "Statistics Show Slow Progress Toward Universal Literacy". Comunicado de prensa. París: UNESCO.
- 40 PNUD. 2002. Informe sobre Desarrollo Humano 2002: Profundizar la democracia en un mundo fragmentado, pág. 10. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.
- 41 UNICEF. 2000. *Educating Girls, Transforming the Future*. Nueva York: UNICEF. Sitio Web: www.unicef.org/pubsgen/girlsed/girlsed.pdf, sitio visitado el 8 de julio de 2003.
- 42 Partners on Sustainable Strategies for Girls' Education. Sin fecha. "Research Data: Gender Disparity Countries". Sitio Web: www.girlseducation.org/PGE_Active_Pages/Data/Target_Countries/main.asp, sitio visitado el 20 de enero de 2003.
- 43 Caldwell, J. C., P. H. Reddy, y P. Caldwell. 1983. "The Causes of Marriage Change in South India". *Population Studies* 37(3): págs. 343 y 361; Khattab, H. 1996. *Women's Perceptions of Sexuality in Rural Giza*. Monografía en: Reproductive Health. No. 1. Cairo: Reproductive Health Working Group, the Population Council; y Levine, S. E. 1993. *Dolor y Alegría: Women and Social Change in Urban Mexico*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Press.
- 44 Mensch, B. S., y C. B. Lloyd. 1997. "Gender Differences in the Schooling Experiences of Adolescents in Low-Income Countries: The Case of Kenya". Policy Research Division Working Paper. No. 95. Nueva York: The Population Council.
- 45 Mensch, Bruce, y Greene 1998.
- 46 Caldwell, Reddy, y Caldwell. 1983; Khattab 1996; y Levine 1993.
- 47 Los datos de esta sección proceden de: Naciones Unidas. 2003.
- 48 International Programme on the Elimination of Child Labour and Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour. 2002. *Every Child Counts: New Global Estimates on Child Labour*. Ginebra: International Labour Office, ILO.
- 49 UNICEF. Sin fecha. Child Labour. UNICEF Building a Protective Environment for Children. Nueva York. UNICEF. Sitio Web: www.unicef.org/media/childlabour/factsheet.htm, sitio visitado el 7 de junio de 2003, y UNICEF. 2000. El Progreso de las Naciones 2000. Nueva York: UNICEF. Sitio Web: www.unicef.org/pon00/pon2000.pdf, sitio visitado el 5 de enero de 2003.
- 50 International Programme on the Elimination of Child Labour and Statistical Information and Monitoring Programme on Child Labour. 2002.
- 51 Ibid.
- 52 Ibid.

- 53 UNFPA. Sin fecha. "Fast Facts on Adolescents and Youth". Nueva York: UNFPA. Sitio Web: <http://www.unfpa.org/adolescents/facts.htm>, sitio visitado el 23 de enero de 2003.
- 54 OIT. Base de datos estadísticos. Datos para el año 2000. Ginebra: ILO. Sitio Web: <http://laborsta.ilo.org/cgi-bin/brokerv8.exe>, sitio visitado el 19 de abril de 2003.
- 55 Ibid.
- 56 UNICEF sin fecha, y UNICEF 2000.
- 57 Emerson, P. M., y A. P. Souza. 2002. "The Effect of Adolescent Labor on Adult Earnings and Female Fertility in Brazil". Proyecto de documento de antecedentes presentado al proyecto Transitions to Adulthood, National Research Council.
- 58 Esta relación queda determinada de manera compleja y no necesariamente es causal. Las preferencias por el empleo y por tener hijos pueden quedar determinadas por factores comunes. No obstante, los trabajadores que comienzan desde muy jóvenes y abandonan la escuela no están en contacto con materiales sobre salud reproductiva que suelen estar reservados a estudiantes de mayor edad.
- 59 Cohen 2003.
- 7 UNICEF, ONUSIDA, y OMS. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. Nueva York: UNICEF.
- 8 Esta sección se basa en gran medida en la labor de: Mensch, B. S., S. Singh, y J. Casterline. (De próxima publicación). "Trends in the Timing of First Marriage among Men and Women in the Developing World". Ponencia presentada en la reunión anual de Population Association of America, Minneapolis, Minnesota, 1 a 3 de mayo de 2003. Se incluirá en la próxima publicación del proyecto Transitions to Adulthood, National Academy of Sciences, Estados Unidos de América.
- 9 Entre 1970 y 1980, en los países de América del Sur y de la ex Unión Soviética en Asia los matrimonios con mujeres menores de 20 años no llegan a una quinta parte. Las disminuciones en las cantidades han sido correlativamente pequeñas.
- 10 Véase: Naciones Unidas. 2003. *Informe resumido sobre vigilancia de la población mundial 2003: Población, educación y desarrollo: Informe del Secretario General (E/CN.9/2003/2)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 11 Evidentemente, la efectiva puesta en práctica de las leyes es más importante que las leyes propiamente dichas. Desde 1990, más de 20 países han elevado la edad legal para contraer matrimonio, pero aún no se percibe ninguna clara repercusión en la práctica. Hay considerables variaciones en la importancia relativa de los sistemas jurídicos oficial y consuetudinario.
- 12 Para estos análisis, de conformidad con las convenciones demográficas, el matrimonio abarca todas las formas diferentes de uniones socialmente reconocidas: cohabitación, uniones consensuales, "uniones libres" y matrimonio legitimado por las costumbres, los ritos religiosos o el derecho civil. Se necesita una definición integral para poder efectuar comparaciones entre distintos países, dado que en diferentes culturas se registran grandes variaciones en la frecuencia de diferentes formas de unión. En estos conjuntos de datos sólo figuran las uniones heterosexuales.
- 13 En esta sección se utilizan datos nacionales y promedios regionales no ponderados por países, calculados sobre la base de: Naciones Unidas. 2000. *World Marriage Patterns 2000*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Naciones Unidas. Puede obtenerse la planilla utilizando el vínculo en el sitio: www.un.org/esa/population/publications/worldmarriage/worldmarriage.htm. Esta base de datos incluye las más recientes encuestas disponibles de 152 países. Los análisis de la National Academy of Sciences (véase: Mensch, Singh, y Casterline (de próxima publicación), imponen restricciones en función de las cuales sólo pueden utilizarse 117 países y los datos sobre tendencias se basan en 74 países con encuestas múltiples.
- 14 Los promedios para Europa oriental son superiores. En algunos países de la Comunidad de Estados Independientes, casi un 4% de los varones adolescentes están casados.
- 15 La mitad o una proporción mayor de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya han estado casadas en el Afganistán, Bangladesh, el Congo, Malí, el Níger, la República Democrática del Congo y Uganda.
- 16 En las Repúblicas del Asia central y Kazakstán, el promedio es del 40%; los países del Asia centromeridional se aproximan a este nivel; varias subregiones tienen promedios de un tercio, o valores cercanos (África central, Europa oriental, Centroamérica y Micronesia). Las más bajas tasas de matrimonio precoz (inferiores al 15%) se encuentran en el África septentrional, el Asia oriental, Europa septentrional y occidental, el Caribe, y Australia y Nueva Zelandia.
- 17 Esas regiones abarcan: África oriental, central y occidental, las Repúblicas del Asia central, Kazakstán y el Asia centromeridional. Los países donde los niveles son superiores al 80% son: en el Asia centromeridional, Nepal, la India, el Afganistán, Bangladesh y las Maldivas; en el África occidental, Benin, Burkina Faso, Gambia, Guinea, Malí y el Níger; en el África central, Angola, el Chad, la República Democrática del Congo y la República Centroafricana; en el África oriental, Malawi, Mozambique y Uganda.
- 18 UNICEF 2001.
- 19 Greene, M. E. 1997. "Watering the Neighbour's Garden: Investing in Adolescent Girls in India." Regional Working Papers. No. 7. Nueva Delhi: *The Population Council*.
- 20 Arends-Kuenning, M., y S. Amin. 2000. "The Effects of Schooling Incentive Programs on Household Resource Allocation in Bangladesh." Policy Research Division Working Paper. No. 133. Nueva York: *The Population Council*.
- 21 Unisa, S. 1995. "Demographic Profile of the Girl Child in India." *Social Change: Issues and Perspectives* 25(2-3): págs. 30 a 37; y Hussain, R., y A. H. Bittles. 1999. "Consanguineous Marriage and Differentials in Age at Marriage, Contraceptive Use and Fertility in Pakistan." *Journal of Biosocial Science* 31(1): págs. 121 a 138.
- 22 Fuentes: Singh, S., y R. Samara. 1996. "Early Marriage Among Women in Developing Countries." *International Family Planning Perspectives* 22(4): págs. 48 a 157, 175; Mensch, B., J. Bruce, y M. E. Greene. 1998. *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*. Nueva York: *The Population Council*; Hersh, L. 1998. "Issues at a Glance: Giving up Harmful Practices." Washington, D.C., Advocates for Youth. Sitio Web: www.advocatesfor youth.org/publications/iag/harmprac.htm, sitio visitado el 8 de junio de 2003.
- 23 Clark, S. 2003. "Early Marriage and HIV Risks in Sub-Saharan Africa." Texto inédito.
- 24 Fuentes: Singh y Samara 1996; Mensch, Bruce y Greene 1998; y Hersh 1998.
- 25 Ellsberg, M. 2002. "Reproductive Health Consequences of Gender-based Violence." Ponencia presentada en la reunión sobre "Technical Update on Gender-based Violence (GBV) and Reproductive Health/HIV (RH/HIV)," Interagency Gender Working Group/United States Agency for International Development, Washington, D.C., 1º de mayo de 2002. Véase: www.prb.org/Content/NavigationMenu/Measure_Communication/Gender3/Generate-Based_Violence_and_Reproductive_Health_and_HIV_AIDS_3-c.htm, sitio visitado el 7 de junio de 2003; y OMS. 2001. *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Véase: www.who.int/mipfiles/2255/FinalVAWprogressreportforwebpagewithoutcover.pdf, sitio visitado el 21 de abril de 2003.
- 26 Centro de Nepal para la Educación, la Información y la Comunicación sobre Salud y UNFPA, 1995. "Arrange the Marriage of Your Daughter After 20 Years of Age" (Item No. PO NEP 64). Cartel. Katmandú: Nepal Health Education, Information, and Communication Center, Ministerio de Salud de Nepal. www.jhuccp.org, sitio visitado el 19 de abril de 2003.
- 27 Zhu, H. 1996. "Arranged Marriages Annulled by Law." *China Population Today* 13(3): págs. 15.
- 28 Chandrasekhar, R. 1996. "Childhood in Rajgarh: Too Young for Wedlock, Too Old for the Cradle." *Economic and Political Weekly* 31(40): págs. 2721 y 2722.
- 29 Los proyectos pertinentes se describen en los sitios web: www.myrada.org/belgaum.htm, www.myrada.org/madakasira.htm, www.myrada.org/hdote.htm, sitios visitados el 8 de junio de 2003.
- 30 Amin, S., y otros 1997. "Transition to Adulthood of Female Factory Workers: Some Evidence from Bangladesh." Policy Research Division Working Papers. No. 102. Nueva York: *The Population Council*.
- 31 Banco Mundial. 2003. "Public and Private Initiatives: Working Together in Health and Education." Washington, D.C.: Banco Mundial. Sitio Web: www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/ppi/pubpri2b.htm, sitio visitado el 21 de abril de 2003.
- 32 Véase: Amin, S., y G. Sedgh. 1998. "Incentive schemes for school attendance in rural Bangladesh." Policy Research Division Working Paper. No. 106. Nueva York: *The Population Council*; y Arends-Kuenning, M., y S. Amin. 2000. "The Effects of Schooling Incentive Programmes on Household Resource Allocation in Bangladesh." Policy Research Division Working Paper. No. 133. Nueva York: *The Population Council*.
- 33 Banco Mundial. 2003.
- 34 Greene 1997.
- 35 Naciones Unidas. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects (ESA/P/WP.717)*. Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Naciones Unidas.
- 36 En las poblaciones insuficientemente alimentadas, la edad de la menarca disminuye a medida que va mejorando la nutrición. Se llega a un punto inamovible después de los 11 años, a partir del cual es poco probable que haya mayores disminuciones. Para obtener ejemplos y

CAPÍTULO 2

- 1 Miller, B. D. 1997. "Social Class, Gender and Intrahousehold Food Allocations to Children in South Asia." *Social Science And Medicine* 44(11): págs. 1685 a 1695; y Das Gupta, M. 1987. "Selective Discrimination Against Female Children in Rural Punjab, India." *Population and Development Review* 13(1): págs. 77 a 100.
- 2 Leslie, J., E. Ciernis, y S. B. Essama. 1997. "Female Nutritional Status across the Life-span in sub-Saharan Africa 1: Prevalence Patterns." *Food and Nutrition Bulletin* 18(1): págs. 20 a 43. En la mayoría de los lugares, las mediciones antropométricas resultantes de la encuesta no muestran diferencias apreciables en niños de corta edad, pero no es necesario que las desventajas sean extremas para impartir y reforzar normas sobre desigualdad de género.
- 3 Leach, F. 1998. "Gender, Education and Training: An International Perspective." *Gender and Development* 6(2): págs. 9 a 18.
- 4 Agarwal, B. 1994. "Gender and Command over Property: A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia." *World Development* 22(10): págs. 1455 a 1478.
- 5 Heise, L. L., J. Pitanguy, y A. Germain. 1994. *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. World Bank Discussion Papers. No. 255. Washington, D.C., Banco Mundial.
- 6 UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florencia, Italia: Centro de Investigaciones Innocenti, UNICEF. Sitio Web: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.

- referencias, véase: Khan, A. D., y otros 1995. "Age at Menarche and Nutritional Supplementation." *The Journal of Nutrition* 125: págs. 1090S a 1096S; y Whincup, P. H., y otros 2001. "Age of Menarche in Contemporary British Teenagers: Survey of Girls Born between 1982 and 1986." *British Medical Journal* (322): págs. 1095 y 1096.
- 37 Brown, A., y otros. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Ginebra: Salud de la Familia y la Comunidad, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS; y Jejeebhoy, S., y S. Bott. 2003. "Non-Consensual Sexual Experiences of Young People: A Review of the Evidence from Developing Countries." Ponencia presentada en la Reunión Anual de 2003 de la *Population Association of America*, Minneapolis, Minnesota, 1 a 3 de mayo de 2003
- 38 Brown, y otros. 2001.
- 39 Meier, A. 2003. "The Effects of Sexual Activity on Adolescent Well-being." Ponencia presentada en la Reunión Anual de 2003 de la *Population Association of America*, Minneapolis, Maryland, 1 a 3 de mayo de 2003.
- 40 Este análisis se basa en gran medida en el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana, del PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial: Brown, y otros 2001.
- 41 Hoff, T., L. Greene, y J. Davis. 2003. *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitude and Experiences*. Menlo Park, California.: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- 42 Brown, y otros. 2001.
- 43 Véanse: Encuestas Demográficas y de Salud realizadas entre 1998 y 2001. Calverton, Maryland: ORC Macro. Sitio site: www.measureDHS.com.
- 44 Ibid.
- 45 *Population Reference Bureau*. 2000. *The World's Youth 2000: Data Sheet*. Washington, D.C.: *Population Reference Bureau*.
- 46 Méndez Ribas, J. M., S. Necchi, y M. Schufer. 1995. "Risk Awareness and Sexual Protection: Perceptions and Behaviour among a Sexually Active Population, Argentina." Buenos Aires, Argentina: Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires. Informe inédito citado en: Brown, A., y otros. 2001.
- 47 Frase-Blunt, M. 6 de octubre de 2002. "The Sugar Daddies' Kiss of Death." *The Washington Post*.
- 48 Brown, y otros. 2001.
- 49 En algunos lugares, por ejemplo en algunas zonas de África, las relaciones sexuales y la procreación forman parte del prolongado proceso conducente al matrimonio. Incluso en países desarrollados, los datos históricos sobre el primer alumbramiento en los primeros seis meses del matrimonio han sido de magnitud apreciable. Véase Bledsoe, C.H. y B. Cohen . 1993. *Social Dynamics of Adolescent Fertility in Sub-Saharan Africa*. Washington D.C.: *National Academies Press*.
- 50 En este caso, el embarazo precede la búsqueda de atención. No indica causa ni vulnerabilidad. Véase: Brown, y otros. 2001.
- 51 La mayores proporciones de aborto corresponden a mujeres casadas de más edad. Las proporciones de mujeres jóvenes sexualmente activas pueden ser pequeñas; en la minoría de las que quedan embarazadas, sigue siendo muy grande la proporción de las que optan por el aborto. Véase: Brown, y otros. 2001. Véase también: Mundigo, A., y C. Indriso (editores). 1999. *Abortion in the Developing World*. London: Zed Books.
- 52 Sólo Kazakstán y Filipinas informan acerca de un número de concepciones suficientes para incorporarlo en un informe. Véase: Brown, A., y otros. 2001.
- 53 Ali, M. M., N. Gupta, y I. da Costa Leite. 2003. "Conception and Contraception among Young Single Women: An International Comparison." Ponencia presentada en la Reunión Anual de la *Population Association of America*, Minneapolis, Minnesota, 1 a 3 de mayo de 2003.
- 54 Ibid. Los resultados corresponden a mujeres de 15 a 24 años de edad. En análisis posteriores podrá obtenerse información sobre las menores de 20 años.
- 55 Ibid. La información detallada necesaria sólo estaba disponible para Armenia, Kazakstán y Filipinas. Estos datos fueron proporcionados por los propios países.
- 56 Ibid. Inclusive Bolivia, el Brasil, Colombia, Guatemala, Nicaragua, el Paraguay, el Perú y la República Dominicana. En esa región los concubinos son relativamente comunes.
- 57 Finger, W. 2000. "Sex Education Helps Prepare Young Adults." *Network 20*(3): págs. 10 a 15.
- 58 Diversos estudios por países mencionados en: Best, K. 2000. "Many Youth Face Grim STD Risks." *Network 20*(3): págs. 4 a 9; Hope Enterprises, Ltd. 2002a. *Report of Adolescent Condom Survey: Jamaica: 2001*. Informe preparado para el Proyecto sobre Estrategias de Comercialización de Mercado. Kingston, Jamaica, Jamaica: Hope Enterprises, Ltd; y Waszak, C., y M. Wedderburn. 2001. "Baseline Community Youth Survey." Informe final inédito para el proyecto del UNFPA VIP/Jóvenes. Research Triangle Park, North Carolina, y Kingston, Jamaica: Family Health International and Hope Enterprises, Ltd. Véase también: Jejeebhoy y Bott. 2003.
- 59 Wood, K. y R Jewkes. 1997. "Violence, Rape, and Sexual Coercion: Everyday Love in a South African Township," pág. 41. *Gender and Development* 5(2): págs. 41 a 46.
- 60 Dreyer, A., J. Kim, y N. Schaay. 2002. "Violence against Women: What Do We Want to Teach Our Teachers?" ID21 Research Highlight. Brighton, Reino Unido: ID21 Research Development. Véase el sitio Web: www.id21.org/Education/EgveDreyer.html.
- 61 Departamento de Estado de los Estados Unidos de América. 2002. *Victims of Trafficking and Violence Protection Act 2002: Trafficking in Persons Report*. Washington, D.C.: Oficina de Vigilancia y Lucha contra la Trata de Personas, Departamento de Estado de los Estados Unidos; y Arlacchi, Pino. 2000. "Against All the Godfathers: The Revolt of the Decent People." *The World Against Crime*, Número especial del *Giornale di Sicilia*: pág. 7.
- 62 Coalición para Abolir la Esclavitud y la Trata. 2002. "Fact Sheet on Trafficking." Los Angeles, California: Coalition to Abolish Slavery and Trafficking. Sitio Web: www.trafficked-women.org/factsheet.htm, sitio visitado el 13 de diciembre de 2002; y Richard, A. O. 2000. *International Trafficking in Women to the United States: A Contemporary Manifestation of Slavery and Organized Crime*. An Intelligence Monograph. Director of Central Intelligence, Exceptional Intelligence Analyst Program. Washington, D.C.: Center for the Study of Intelligence, Central Intelligence Agency.
- 63 UNICEF. 1997. *The Progress of Nations 1997*. Nueva York: UNICEF.
- 64 UNICEF, ONUSIDA y OMS 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. Nueva York: UNICEF.
- 65 Ibid.
- 66 Huntington, Dale. 2001. *Anti-Trafficking Programs in South Asia: Appropriate Activities, Indicators and Evaluation Methodologies: Summary Report of a Technical Consultative Meeting: 11-13 September 2001, Katmandú, Nepal*. Nueva Delhi: The Population Council.
- 67 Lowe, D. 2002. "Perceptions of the Cambodian 100 Per Cent Condom Use Program." Págs. 9 a 14 en: "Documenting the Experiences of Sex Workers". Proyecto de informe al Proyecto POLICY. Washington, D.C.: POLICY Project, The Futures Group.
- 68 UNICEF, ONUSIDA y OMS 2002.
- 69 ONUSIDA. 1999. *Reducing Girls' Vulnerability to HIV/AIDS: The Thai Approach* (UNAIDS/99.34E). UNAIDS Cast Study. Best Practices Collection. Ginebra: ONUSIDA. Sitio en la Web: www.unaids.org/publications/documents/children/young/reducingcse.pdf, sitio visitado el 21 de diciembre de 2001; y Embajada Real de Tailandia. 1997. "Children Prostitution." Washington, D. C.: Royal Thai Embassy. Sitio en la Web: www.thaiembdc.org/socials/childprs.htm, sitio visitado el 21 de diciembre de 2001.
- 70 Balk, D. 2000. "To Marry and Bear Children: The Demographic Consequences of Infibulation in Sudan." Págs. 55 a 71 en: *Female 'Circumcision' in Africa: Culture, Controversy, and Change*, editado por B. Shell-Duncan y Y. Hernlund. 2000. Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers.
- 71 Wassef, N. 2001. "Male Involvement in Perpetuating and Challenging the Practice of Female Genital Mutilation in Egypt." Págs. 44 a 51 en: *Men's Involvement in Gender and Development Policy and Practice: Beyond Rhetoric*, editado por C. Sweetman. Oxford: Oxfam.
- 72 UNFPA. 2000. *El Estado de la Población Mundial 2000: Vivir juntos en mundos separados: Los hombres y las mujeres en tiempos de cambio*. Nueva York: UNFPA; y sitio Web de la UNFP, "Frequently Asked Questions on Female Genital Cutting": www.unfpa.org/gender/faq_fg_c.htm.
- 73 El-Zanaty, F., y otros. 1996. *Egypt Demographic and Health Survey 1995*. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.; y Ministerio de Promoción de la Mujer, el Niño y la Familia. 1998. *Plan National d'éradication de l'excision a l'horizon 2007*. Bamako, Malí: Ministère de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille.
- 74 Carr, D. 1997. *Female Genital Cutting: Findings from the Demographic and Health Surveys Program*. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
- 75 Family Care International. 1999. *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report: Implementing the ICPD Programme of Action*. Nueva York: *Family Care International*.
- 76 UNIFEM. (sin fecha). "Circumcision With Words: Fighting FGM in Kenya." Sitio Web: www.unifem.undp.org/newsroom/documents/kenyapro.pdf, sitio visitado el 10 de enero de 2003.
- 77 Boland, R. 2003. *Population and Law database* (Harvard University). Se dispone de un compendio especial, a pedido de los interesados.
- 78 Tostan. 2003. "Vaccination Project Leads To Large Abandonment Of Female Genital Cutting And Early Marriage In Senegal". Sitio Web: www.tostan.org/news-May25_03.htm, sitio visitado 6 de julio de 2003.
- 79 McLucas, S. 2001. "Stop Excision.Net: Report from Mali." Véase el Sitio Web: www.geocities.com/StopExcision/report.html, sitio visitado el 10 de enero de 2003.

CAPÍTULO 3

- 1 UNICEF, ONUSIDA, y OMS. 2002. *Young People and HIV/AIDS: Opportunities in Crisis*. Nueva York: UNICEF.
- 2 **Nota:** Las cifras se han redondeado. Fuente: UNICEF, UNAIDS y OMS 2002. *Young People and HIV/AIDS*. Mencionado en: López, V. M. 2002. "HIV & Young People. A Review of the State of the Epidemic and Its Impact on World Youth". Informe preparado como contribución a la publicación: UNICEF. 2003. *World Youth Report 2003*. Nueva York: UNICEF.
- 3 USAID, UNICEF y ONUSIDA. 2002. *Children on the Brink 2002: A Joint Report on Orphan Estimates and Programme Strategies*. Washington, D.C.: The Synergy Project.
- 4 Ainsworth, M. y M. Over. 1997. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. World Bank Policy Research Report. Oxford: Oxford University Press.
- 5 ONUSIDA y OMS. 2001. *AIDS Epidemic Update: December 2001* (UNAIDS/01.74E - WHO/CDS/CSR/NCS/2001.2). Ginebra: UNAIDS/WHO.
- 6 Royce, R., y otros. 1997. "Sexual Transmission of HIV/AIDS". *The New*

- England Journal of Medicine* 336(15): págs. 1072 a 1078. Citado en: "Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe", por K. Kiragu. 2001. *Population Reports*. Series L. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University.
- 7 Best, K. 2000. "Many Youths Face Grim STD Risks". *Network* 20(3): págs. 4 a 9.
- 8 Luke, N. 2001. "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence on Prevalence and Implications for Negotiation of Safe Sex Practices for Adolescent Girls". Documento preparado para el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, AIDSMark Project. Washington, D.C.: International Center for Research on Women.
- 9 Fuglesang, M. 1997. "Lessons for Life: Past and Present Modes of Sexuality Education in Tanzanian Society". *Social Science and Medicine* 44(8): págs. 1245 a 1254. Citado en: Luke 2001.
- 10 UNICEF, ONUSIDA y OMS 2002.
- 11 Ibid. Los datos se obtuvieron de las Encuestas de Indicadores Múltiples Agrupados (MICS) del UNICEF y las Encuestas Demográficas y de Salud, 1999-2001.
- 12 Brown, A., y otros. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Ginebra: Salud de la Familia y la Comunidad, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, WHO.
- 13 Kiragu 2001.
- 14 OMS. 1998. *The Second Decade: Improving Adolescent Health and Development* (WHO/FRH/ADH/98.18), pág. 6. Ginebra: Programa de Salud y Desarrollo del Adolescente, WHO.
- 15 MacPhail, C., B. G. Williams y C. Campbell. 2002. "Relative Risk of HIV Infection among Young Men and Women in a South African Township". *International Journal of STD and AIDS* 13(5): págs. 331 a 342.
- 16 ONUSIDA y OMS. 1997. *Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care*. UNAIDS Best Practices Collection: Key Material. Ginebra: UNAIDS. Citado en: *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, por T. Summers, J. Kates, y G. Murphy. 2002. Menlo Park, California: The Kaiser Family Foundation.
- 17 Brown, y otros. 2001.
- 18 Skhom, H. y otros. 2002. "Survey on Health Seeking Behaviour of Women Working in the Entertainment Sector in Phnom Penh". Phnom Penh, Camboya: Centro de Estudios Superiores, Pharmaciens sans frontières y Family Health International.
- 19 Brown, y otros. 2001.
- 20 UNICEF, ONUSIDA y OMS 2002.
- 21 ONUSIDA. 2000. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: June 2000* (UNAIDS/00/13E). Ginebra: UNAIDS. Citado en: Kiragu 2001.
- 22 Babalola, S., D. Awasum, y B. Quenum-Renaud. 2002. "The Correlates of Safe Sex Practices among Rwandan Youth: A Positive Deviance Approach." *African Journal of AIDS Research* 1(1): págs. 11 a 21.
- 23 Jackson, J., y otros. 1998. *The Jamaica Adolescent Study*. Kingston, Jamaica, y Research Triangle Park, North Carolina: Fertility Management Unit, University of the West Indies, y Family Health International.
- 24 Reichman, L., y J. Tanne. 2002. *Timebomb: The Global Epidemic of Multi-Drug Resistant Tuberculosis*. Nueva York: McGraw-Hill. Citado en: *What Works: A Policy and Program Guide to Effective STI/HIV/AIDS Interventions*, por J. Gay, y otros. (De próxima publicación). Washington, D.C.: The POLICY Project.
- 25 Thompson, D. 2002. *Coordinates 2002: Charting Progress against AIDS, TB and Malaria*. Ginebra: WHO.
- 26 Ibid.
- 27 UNICEF, ONUSIDA, y OMS 2002.
- 28 USAID, UNICEF y ONUSIDA 2002, pág. 9.
- 29 Ibid.
- 30 Banco Mundial. 2002. *Education and HIV/AIDS: A Window of Hope*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Citado en: *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, por T. Summers, J. Kates, y G. Murphy. 2002. Menlo Park, California: The Kaiser Family Foundation.
- 31 USAID, UNICEF y ONUSIDA 2002.
- 32 Ramlow, R. 2001. "Social Marketing for HIV/AIDS Prevention in Indonesia". Presentación en el Dialogue on Social Marketing and Other Commercial Approaches to Improving Adolescent Reproductive Health, Washington, D.C., 15 de febrero de 2001. Washington, D.C.: Pathfinder International/FOCUS on Young Adults.
- 33 Population Services International y Population Reference Bureau. 2000. *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington, D.C.: Population Services International y Population Reference Bureau; Agha, S. 2000. "An Evaluation of Adolescent Sexual Health Programs in Cameroon, Botswana, South Africa, and Guinea". Population Services International Research Division Working Paper. No. 29. Washington, D.C.: Population Services International; y Van Rossen, R., and D. Meekers. 1999. "The Evaluation of the Effectiveness of Targeted Social Marketing to Promote Adolescent Reproductive Health in Guinea". Population Services International Research Division Working Paper. No. 23. Washington, D.C.: Population Services International.
- 34 Meekers, D. y M. Klein. 2003. "Determinants of Condom Use Among Young People in Urban Cameroon". *Studies in Family Planning* 33(4): págs. 335 a 346.
- 35 Nyamongo, I. 1995. "Investigation into Condom Acceptability, Sexual Behaviour and Attitudes about HIV Infection and AIDS Among Adolescent Students in Kenya". Informe inédito. Nairobi, Kenya: Institute of African Studies, University of Nairobi. Citado en: Brown, y otros 2001.
- 36 Kgosidintsi, N. 1997. "Sexual Behaviour and Risk of HIV Infection Among Adolescent Females in Botswana". Informe inédito. Gabarone, Botswana: National Institute of Development, Research and Documentation. Citado en: Brown, y otros. 2001.
- 37 Heald, S. 2002. "It's Never As Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana". *African Journal of AIDS Research* 1(1): págs. 1 a 10.
- 38 Sarafian, I. 2001. "Final Report on Findings: HIV/AIDS and Youth in Suriname". Paramaribo, Suriname: PAHO/WHO.
- 39 Best 2000.
- 40 FOCUS on Young Adults. 2001. *Advancing Young Adult Reproductive Health: Actions for the Next Decade*. End of Programme Report: 2001. Washington, D.C.: Pathfinder International and the Futures Group.
- 41 Horizons Program, Kenya Project Partners, y Uganda Project Partners. 2001. *HIV Voluntary Counseling and Testing Among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka Uganda*. Washington, D.C.: Horizons Program, The Population Council.
- 42 Thompson 2002.

CAPÍTULO 4

- 1 Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo*, volumen. 1: Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, párrafo 7.41. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas.
- 2 Rebourças, L. 2002. "Brazil Confronts Adolescent Sexual Health Issues". Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Sitio Web: www.prb.org//Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/02/Brazil_Confronts_Adolescent_Sexual_Health_Issues.htm, sitio visitado el 13 de noviembre de 2002.
- 3 Brown, A., y otros. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies* (WHO/RHR/01.8). Occasional Paper. Ginebra: Salud de la Familia y la Comunidad, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, OMS, pág. 35. Esta sección también se basa en gran medida en McCauley, A. P. y C. Salter. 1995. *Meeting the Needs Of Young Adults*. *Population Reports*, Series J, No. 41. Baltimore, Maryland. Population Information Program, Johns Hopkins School of Public Health.
- 4 Ejemplos tomados de: Brown, y otros. 2001, págs. 29 y 30.
- 5 Ibid., pág. 30.
- 6 Ibid., pág. 34.
- 7 Federal Centre for Health Education. 1998. *Youth Sexuality 1998: Results of*

the Current Representative Survey. Cologne: The Centre.

- 8 Véase: Grunseit, A., y S. Kippax. 1993. *Effects of Sex Education on Young People's Sexual Behavior*. Ginebra: OMS; Kirby, D. 2001. *Emerging Answers: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy*. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy. Sitio Web: www.teenpregnancy.org, sitio visitado el 7 de julio de 2003; y Health Development Agency. 2001. *Teenage Pregnancy: An Update on Key Characteristics of Effective Interventions*. Londres: National Health Service. Sitio Web: www.hda-online.org.uk/documents/teenpreg.pdf, sitio visitado el 7 de julio de 2003.
- 9 Brown, y otros. 2001, pág. 35.
- 10 Kirby 2001. Citado en: "Sexuality and Family Life Education Helps Prepare Young People", No. 2 en una serie por K. Katz y W. Finger. 2002. *YouthLens on Reproductive Health and HIV/AIDS*. Arlington, Virginia: YouthNet.
- 11 "AIDS Education Fails to Change Behavior". 2 de noviembre de 2002. *East African Standard* (Nairobi).
- 12 Pérez, F., y F. Dabis. 2003. "HIV Prevention in Latin America: Reaching Youth in Colombia", pág. 85. *AIDS Care* 15(1): págs. 77 a 87.
- 13 O'Donoghue, J. 2002. "Zimbabwe's AIDS Action Programme for Schools". *Evaluation and Programme Planning* 25(4): págs. 387 a 396.
- 14 Stewart, H., y otros. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do: Key Baseline Findings from Mexico, South Africa, and Thailand*. Washington, D.C.: Horizons Program, The Population Council.
- 15 Pérez y Dabis 2003.
- 16 Population Reference Bureau. 2000. *The World's Youth 2000*. Washington, D.C.: Population Reference Bureau. Citado en: "Youth and HIV/AIDS: Can We Avoid Catastrophe", por K. Kiragu. 2001. *Population Reports*. Series L. No. 12. Baltimore, Maryland: Population Information Program, the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.
- 17 Kirby 2001.
- 18 Al determinar la reacción al mensaje ABC en Botswana, un análisis llegó a la conclusión de que "las opciones humanas son limitadas y depende de quién es la persona y dónde está, especialmente en una cuestión tan emotiva e importante como la sexualidad humana. No puede suponerse que las personas son agentes autónomos que operan en un vacío social. Cada vez resulta más claro que si bien algunos tal vez tengan esa opción, hay muchos otros que carecen de esa libertad y la situación de las mujeres, casadas, pobres o jóvenes, ha sido un particular tema de preocupación". Heald, S. 2002. "It's Never As Easy as ABC: Understandings of AIDS in Botswana", pág. 3. *African Journal of AIDS Research* 1(1): págs. 1 a 10.
- 19 Fuente: Shelton, J. 2002. "Jim Shelton's Pearls: ABC Approach to Behaviour Change". 29 de julio de 2002. Sitio

- Web: www.jhuccp.org/pearls/2002/07-29.shtml.
- 20 Stanton, B. F., y otros. 1998. "Increased Protected Sex and Abstinence Among Namibian Youth Following a HIV Risk-reduction Intervention: A Randomized, Longitudinal Study". *AIDS* 12(18): págs. 2473 a 2480.
 - 21 Barcelona, D., y L. Laski. 2002. "Introduction: What Are We Learning about Sexuality Education?" *Quality/Calidad/Qualité: Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow*. No. 12: págs. 1 a 5. Nueva York: The Population Council.
 - 22 Gerdts, C. 2002. "Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow". *Universal Sexuality Education in Mongolia: Educating Today to Protect Tomorrow*. Quality/Calidad/Qualité. No. 12: págs. 5 a 31. Nueva York: The Population Council.
 - 23 Smith, J., y C. Colvin. 2000. *Getting to Scale in Young Adult Reproductive Health Programs*. FOCUS Tool Series. No. 3. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International; y UNFPA. Sin fecha. "UNFPA in Action: Case Study: Critical Information: Getting the Message Out: Bangladesh, Colombia, Jamaica, Occupied Palestinian Territories, Philippines, Vanuatu, Viet Nam". Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/adolescents/casestudies/case001.htm, sitio visitado el 5 de enero de 2003.
 - 24 Pérez y Dabis. 2003.
 - 25 FOCUS on Young Adults. Sin fecha. "Evaluation of Life Skills in Public Schools in KwaZulu Natal, South Africa: Baseline Survey Report". Informe resumen inédito. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
 - 26 Pick de Weiss, S., y otros. 1998. "Family Life Education Increases Contraceptive Knowledge and Use by Mexican Youth". *Operations Research Summaries*. Nueva York: The Population Council.
 - 27 UNFPA sin fecha.
 - 28 Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2001. "Working in Schools: Sex Education in Brazil". IPPF/WHR Spotlight on Youth. No. 3. Nueva York: International Planned Parenthood Federation.
 - 29 Boland, R. 2003. *Population and Law database* (Harvard University). Hay un compendio especial a disposición de quienes lo soliciten, pág. 10.
 - 30 *Ibid.*, pág. 2.
 - 31 *Ibid.*, pág. 1.
 - 32 *Ibid.*
 - 33 Pick, S., M. Givaudan, y J. Brown. 2000. "Quietly Working for School-Based Sexuality Education in Mexico: Strategies for Advocacy". *Reproductive Health Matters* 8(16): págs. 92 a 102.
 - 34 Family Care International. 1999. *Get the Facts: A Flipchart for Adolescents*. Nueva York: Family Care International.
 - 35 Bond, K., y L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners: Bangladesh: November 29-December 14, 1998". Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
 - 36 Barkat, A., y otros. 1999. "An Assessment of RSDP/BRAC Adolescent Family Life Education Program". Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
 - 37 Reunión con el personal del Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), 26 de abril de 2000; y memorandos e informes inéditos de CEDPA.
 - 38 Senderowitz, J. 2000. "A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health". Poptech Assignment. No. 2000.176. Arlington, Virginia: Population Technical Assistance Project.
 - 39 "West African Youth Initiative Project: Summary of Key Findings". Sin fecha. Ibadan, Nigeria, y Washington, D.C.: Association for Reproductive and Family Health, African Regional Health Education Centre, y Advocates for Youth.
 - 40 Speizer, I., B. Oleko Tambashe y S. P. Tegang. 2001. "An Evaluation of the 'Entre nous jeunes' Peer-educator Program for Adolescents in Cameroon". *Studies in Family Planning* 32(4): págs. 339 a 351.
 - 41 Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2001. "Working In Communities: Youth Peer Education in the Dominican Republic". IPPF/WHR Spotlight on Youth. No. 2. Nueva York: International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region.
 - 42 "Zambia Youth Reproductive Health". 2001. OR Summary. No. 17. Nueva York: Frontiers in Reproductive Health, The Population Council.
 - 43 Redes Integradas de Información Regional de las Naciones Unidas (IRIN). 20 de mayo de 2002. "Training for HIV/Aids Youth Counsellors Launched". Sitio Web: www.aegis.com/news/irin/2002/IR020510.html, sitio visitado el 5 de diciembre de 2002.
 - 44 Campbell, C., y C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth". *Social Science and Medicine* 55(2): págs. 331 a 345.
 - 45 Australian Red Cross y Lao Red Cross. 2003. "Youth Peer Education: A Gendered Perspective". Sitio Web: <http://archives.healthdev.net/gender-aids/msg00512.html>, anuncio de fecha 23 de abril.
 - 46 Abang, M. 1996. "Promoting HIV/AIDS Prevention on Nigerian Campuses: Students Take the Lead". *AIDS Captions* 3(3). Citado en: "Cross-generational and Transactional Sexual Relations in Sub-Saharan Africa: A Review of the Evidence and Prevalence for Negotiation of Safe Sex Practices for Adolescent Girls", por N. Luke. 2001. Ponencia preparada para el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, para el Proyecto AIDSMark. Washington D.C.: International Center for Research on Women.
 - 47 Irvin, A. 2000. *Taking Steps of Courage: Teaching Adolescents about Sexuality and Gender in Nigeria and Cameroon*. Nueva York: International Women's Health Coalition. Citado en: Luke 2001.
 - 48 UNICEF Ghana. 2002. "Evaluation of HIV/AIDS Prevention Through Peer Education, Counselling, Health Care, Training, and Urban Refugees in Ghana". *Evaluation and Programme Planning* 25(4): págs. 409 a 420.
 - 49 Beaujour, S. 2000. Citado en: Colbert, R. 2000. "HIV/AIDS-Cabaret: Youth Motivated for Safe Sexual Relations". Sitio Web: www.panosinst.org/Island/IB46e.shtml, sitio visitado el 5 de diciembre de 2002.
 - 50 Por lo general, tanto el joven asesor como el joven asesorado comparten una o más características socioculturales, entre ellas edad, género o sexo, además de experiencias personales, como uso de drogas, procreación precoz, reacción serológica al VIH, etc.
 - 51 Esta sección se basa en reportajes de Francisco Llaguno, quien a principios de 2003 visitó proyectos apoyados por el UNFPA en todo el territorio de Filipinas.
 - 52 Kohn, D. 2002. "Working with Out-of-school Youth in Belize and Peru". *Siecus Report: Sexual Health Issues Worldwide* 30(5).
 - 53 Kahuthia, G. y S. Radeny. 1999. "PATH, Kenya: Using Scouting as a Vehicle for Reaching Out-of School Youth". FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Sitio Web: www.fhi.org/en/youth/youthnet/publications/focus/projecthighlights/kenyapath.htm, sitio visitado el 8 de junio de 2003.
 - 54 Fongkaew, W., y K. Bond. 2001. "Lifenet, Thailand: Promoting Social Action Networks for Youth Health". FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Sitio Web: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/lifenet5.html, sitio visitado el 6 de enero de 2003.
 - 55 Abaunza H. 2002. *Sexual Health Exchange 2002-1: "Puntos de encuentro: Communication for Development in Nicaragua"*. Amsterdam: KIT Information Services, Royal Tropical Institute. Sitio Web: www.kit.nl/ils/exchange_content/html/communication_nicaragua_-_sexu.asp, sitio visitado el 15 de julio de 2003.
 - 56 "Nicaraguan Youth Begin to Play It Safe". 2001. *Communication Impact!* No. 12. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.
 - 57 Extraído de: Kilm, Y. M., y otros. 2001. "Promoting Sexual Responsibility among Young People in Zimbabwe". *International Family Planning Perspectives* 27(1): págs 11 a 19.
 - 58 Moch, L., y C. Stevens. 1999. "Reaching Adolescents Through Hotlines and Radio Call-In Programs". In *Focus Series*. FOCUS on Young Adults. Pathfinder International; "Key Youth Programs: Use Hotlines". Sin fecha. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University. Sitio Web: www.jhuccp.org/resources/youth/key5.html, sitio visitado el 7 de enero de 2003; y Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2001. "Youth Telephone Hotlines In Guatemala and Columbia". IPPF/WHR Spotlight on Youth. No. 5. Nueva York: International Planned Parenthood Federation.
 - 59 Moch y Stevens 1999.
 - 60 Palmer, A. 2002. "Reaching Youth Worldwide." Working Paper 6. Baltimore, Maryland: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.
 - 61 *Ibid.*
 - 62 "Studio 263 Key in Anti-Aids Drive: Director." 5 de diciembre de 2002. *The Daily News* (Harare). Sitio Web: allAfrica.com.
 - 63 Family Health International. 2002. *Behavioral Surveillance Survey 1999-2000*. Arlington, Virginia: Family Health International: Hope Enterprises Ltd. 2002a. *Report of Adolescent Condom Survey Jamaica, 2001*. Preparado para el proyecto de Estrategias de comercialización de mercado. Kingston: Hope Enterprises Ltd. Citado en: Hardee, K. y L. Dougherty, 2002. *Adolescent Reproductive Health Behaviors and Outcomes in Jamaica*. Kingston, Jamaica: The Futures Group, Youth.now.
 - 64 Rebourças 2002.
 - 65 Holgate, Michael. 2000. "Programs for Adolescents: The 'Ashe' Experience in Jamaica". *Network* 20(3): págs. 28 y 29.
 - 66 Federación Internacional de Planificación de la Familia. 2001. *Youth and Technology: IPPF/WHR Experiences to Promote Sexual and Reproductive Health*. Nueva York: International Planned Parenthood Federation.
 - 67 *Ibid.*
 - 68 Msimang, S., y S. Wilson (editores). 2002. *Act Now: A Resource Guide for Young Women on HIV/AIDS*. Nueva York y Toronto: UNIFEM y Association for Women's Rights in Development. Sitio Web: www.awid.org/publications/publications.html, sitio visitado el 5 de diciembre de 2002.
 - 69 Sitio Web: www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/sexwise, sitio visitado el 5 de diciembre de 2002.
 - 70 Comisión Nacional de Cooperación Internacional y Desarrollo Sostenible, "The International Education Project: HIV/Aids and Youth: Beyond My Own Backyard". Amsterdam, Países Bajos: Comisión Nacional de Cooperación Internacional y Desarrollo Sostenible. Sitio Web: www.ict-edu.nl/content/nederlands/learn/midframe_aids.html, sitio visitado el 15 de diciembre de 2002.
 - 71 Sitio Web: www.youthshakers.org.
 - 72 Palmer 2002.

CAPÍTULO 5

- 1 UNICEF. 1998. *El Progreso de las Naciones 1998*. Nueva York: UNICEF; y UNICEF. 2001. *Early Marriage: Child Spouses*. Innocenti Digest. No. 7. Florencia, Italia: Centro Innocenti de Investigaciones, UNICEF.

- Sitio Web: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/digest7e.pdf.
- 2 Naciones Unidas. 2001. *Nosotros los niños: Examen de fin de decenio del seguimiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia: Informe del Secretario General (A/S-27/3)*. Nueva York: Naciones Unidas.
 - 3 Gaym, A. 2000. "A Review of Maternal Mortality at Jimma Hospital, Southwestern Ethiopia." *Ethiopian Journal of Health Development* 14(2): págs. 215 a 223.
 - 4 UNICEF. 2001.
 - 5 OMS. 1989. *The Reproductive Health of Adolescents: A Strategy for Action*. Declaración conjunta de la OMS, el UNFPA y el UNICEF. Ginebra: WHO.
 - 6 ORC Macro. 2001. *Final Report: Bangladesh*. Calverton, Maryland: ORC Macro. Sitio Web: www.measuredhs.com, sitio visitado el 7 de julio de 2003.
 - 7 Alan Guttmacher Institute. 1998. *Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute.
 - 8 Naciones Unidas. 2002. *World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health: Selected Aspects (ESA/P/WP.717)*. Nueva York: Comisión de Población y Desarrollo, Naciones Unidas.
 - 9 Ibid.
 - 10 OMS. 1997. *Abortion: A Tabulation of Available Data on the Frequency and Mortality of Unsafe Abortion*, Third Edition. Ginebra: WHO.
 - 11 UNESCO. 2002. "Unwanted Pregnancy and Unsafe Abortion". *Package of Laws and Legislations Series 3: Legislation Review 2*. Bangkok: Regional Clearing House on Population, Education and Communication (RECHPEC), UNESCO.
 - 12 Harrison, K. A. 1985. "Childbearing, Health and Social Priorities: A Survey of 22,744 Consecutive Deliveries in Zaria, Northern Nigeria". *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 92(Supp. 5): págs. 1 a 119.
 - 13 En las definiciones también se emplean diversas normas técnicas para indicar la situación de mujeres que en el momento están embarazadas o amenorricas (es decir, utilizando sus declaraciones acerca de si quieren un embarazo y cuándo) y mujeres que no creen ser fecundas. Es posible consultar los detalles de las diversas definiciones y un análisis de su fiabilidad y validez en: Casterline, J. B., y S. W. Sinding. 2000. "Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Policy Implications". *Population and Development Review* 26(4): págs. 691 a 723; y Westoff, C. F., y A. Bankole. 1995. *Unmet Need: 1990-1994*. Demographic and Health Surveys Comparative Studies. No. 16. Calverton, Maryland: Macro International, Inc.
 - 14 Los datos proceden del compilador STAT en el principal Sitio Web de la encuesta (www.measuredhs.com), sitio visitado el 6 de mayo de 2003. Hay otros estudios, que se están procesando o realizando sobre el terreno y de los cuales se dispondrá antes de la publicación de este informe.
 - 15 Se dispuso de datos correspondientes a siete países de América Latina y 23 de África al Sur del Sahara.
 - 16 Por otra parte, sólo se dispuso de datos correspondientes a tres países del Asia central.
 - 17 Esos altos niveles están presentes en el Gabón, Sudáfrica, el Togo y Zimbabue.
 - 18 El Yemen, donde las necesidades de espaciamiento insatisfechas eran cuatro veces superiores a las satisfechas, fue el único país donde la demanda satisfecha era inferior a la mitad: sólo 22%.
 - 19 Senderowitz, J. 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Research, Program and Policy Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
 - 20 Boland, R. 2003. *Population and Law database* (Harvard University). Se puede obtener un compendio especial a petición del interesado, página 1.
 - 21 Ibid., págs. 1 y 2.
 - 22 Family Care International. 1999. *Meeting the Cairo Challenge: A Summary Report: Implementing the ICPD Programme of Action*, pág. 9. Nueva York: Family Care International.
 - 23 Boland 2003, pág. 2.
 - 24 Ibid., pág. 3.
 - 25 Ibid., págs. 1 y 2.
 - 26 Senderowitz, J. 1997. *Reproductive Health Outreach Programs for Young Adults*. Pathfinder International/FOCUS on Young Adults Research Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
 - 27 Erulkar, A., y B. Mensch. 1997. *Youth Centres in Kenya: Evaluation of the Family Planning Association of Kenya Programme*. Nairobi: The Population Council; The Population Council. 2000. *Overview of Youth Centre Assessments In Kenya, Zimbabwe and Ghana*. Nueva York: The Population Council; Glover, E. K., y otros. 1998. *Youth Centres in Ghana: Assessment of the Planned Parenthood Association of Ghana Programme*. Nairobi: The Population Council; y Phiri, A., y A. Erulkar. 1997. *A Situation Analysis of the Zimbabwe National Family Planning Council's Youth Centres: Baseline Assessment*. Nairobi: Zimbabwe National Family Planning Council y The Population Council.
 - 28 Action Health Incorporated. 1998. "The Youth Clinic." *Growing Up* 6(2).
 - 29 Boucard, G. 1998. "Mid-Term Evaluation: FOSREF Reproductive Health for Adolescents Project". Preparado para el UNFPA. Nueva York: UNFPA.
 - 30 Family Care International 1999, pág. 101.
 - 31 Ibid., pág. 102.
 - 32 Ibid., pág. 99.
 - 33 Federación Internacional de Planificación de la Familia, sin fecha. "Burkina Faso Programme Review". Informe inédito. Londres: International Planned Parenthood Federation.
 - 34 Federación Internacional de Planificación de la Familia 2001. 2001. "Integrating Sexual and Reproductive Health Services for Youth in Colombia". *IPPF/WHR Spotlight on Youth*. No. 1. Nueva York: International Planned Parenthood Federation.
 - 35 Federación de Rusia. 2002. Carta informativa sobre la mejora de las actividades de los centros de la juventud para proteger la salud reproductiva de los adolescentes, sobre la base de los resultados del proyecto del UNFPA "Salud reproductiva y derechos reproductivos de la población en la Federación de Rusia", ejecutado en Moscú, Tver, San Petersburgo, Novosibirsk, Barnaul y Tomsk en 2000-2002. Moscú: Ministerio de Salud, Federación de Rusia.
 - 36 Jamaica Adolescent Reproductive Health Activity. November 2002. "Background Report, Mid-Term External Evaluation". Washington, D.C.: The Futures Group International en colaboración con el Ministerio de Salud, Margaret Sanger Center International, y Dunlop Corbin Communication.
 - 37 Senderowitz, J., y C. Stevens. 2001. *Leveraging the For-Profit Sector in Support of Adolescent and Young Adult Reproductive Health Programming*. Washington, D.C.: Futures Institute for Sustainable Development.
 - 38 Hughes, J. Noviembre de 2000. Comunicación personal; y Erulkar, A. 2000. Memorando inédito.
 - 39 *Family Planning Service Expansion and Technical Support Project*. 1999. "Evaluating the Impact of ZNA/MAPS Interventions on Reproductive Health Services for Youth". Lusaka, Zambia: *Family Planning Services Expansion and Technical Support Project* and John Snow International; y Williams, T. 14 de marzo de 2001, Correspondencia personal.
 - 40 Murray, N., y otros. 2001. *Will Youth Be Negatively Affected by User Fees for Reproductive Health Products or Services?* Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.

CAPÍTULO 7

1 Las metodologías de investigación tienden cada vez más a incluir mediciones de las características personales de los adolescentes, sus situaciones familiares y las características y normas comunitarias.

2 Naciones Unidas. Grupo temático sobre el VIH/SIDA en China. 2002. *HIV/AIDS: China's Titanic Peril. 2001 Update of the AIDS Situation and Needs Assessment Report*. Beijing, China: UNAIDS.

3 Monitoreo de la Red de la Pandemia de SIDA (MAP). 2001. "The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific". Documento presentado en la reunión de MAP en Melbourne, Australia. 4 de octubre de 2001.

4 Rosen, J. 2001. *Formulating and Implementing National Youth Policy: Lessons from Bolivia and the Dominican Republic*. FOCUS on Young Adults Pathfinder International.

5 Greene, M. y otros. 2002. *In This Generation: Sexual & Reproductive Health Policies for a Youthful World*. Population Action International.

6 Ministerio de Salud. 2002. *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services*. Hanoi: Ministerio de Salud, Gobierno de Viet Nam.

7 UNFPA. 1999. Informe Anual 1999. Nueva York: UNFPA.

8 Kiragu, K. y otros. 1998. *Adolescent Reproductive Health Needs in Kenya: A Communication Response Evaluation of The Kenya Initiatives Project*. Population Communication Services, Johns Hopkins University.

9 Naciones Unidas. 1989. *Convención sobre los Derechos del Niño: Resolución 25(XLIV): cuadragésimo cuarto período de sesiones, Suplemento No.49 (A/RES/44/25, reimpresso en 28 I.L.M. 1448)*, abierto a la firma el 26 de enero de 1990, párrafo 29.1(b); Naciones Unidas. 1979. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Aprobada y abierta a la firma, la ratificación y la adhesión por Resolución 34/180 de la

- Asamblea General de 18 de diciembre de 1979, artículo 10c; Nueva York, Naciones Unidas; Naciones Unidas. 1993. *Declaración y Programa de Acción de Viena: Conferencia Mundial de Derechos Humanos* (A/CONF.157/24), párrafo 18. Nueva York: Naciones Unidas; Naciones Unidas. 1995. *Población y Desarrollo, Vol. 1: Programa de Acción aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: El Cairo*, 5 a 13 de septiembre de 1994, Principio 10, párrafos 4.3 c), 4.12, 4.16a) b), 4.17, 4.29, 7.39, 7.48 y 11.16. Nueva York: Departamento de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, Naciones Unidas; Naciones Unidas. 1996. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing: Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing, China: 4 a 15 de septiembre de 1995 (DPI/1766/Wom), párrafos 83(i), 107(e), 125(e), 126(b), 227, 230(f), 231c, 233(c, d, f, g) y 278 b), c). Nueva York: Departamento de Información Pública, Naciones Unidas; Naciones Unidas. 1999. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1), párrafos 3 and 40. Nueva York: Naciones Unidas; Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 2000. *Resolución de la Asamblea General: S-23/3: Acciones complementarias e iniciativas para aplicar la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing* (A/RES/S-23/3), párrafo 99(a). Nueva York.
- 10 Naciones Unidas 1995 párrafos 7.38, 12.13, 12.14, 12.20; 12.22, Naciones Unidas 1996, párrafos 109 d) f), 206 a) b) i) j), y 231 e); y Naciones Unidas 1999, párrafos 5 y 37.
- 11 Naciones Unidas 1989, párrafo 3.1; Naciones Unidas 1995, párrafos 6.7 b) y 7.21; Naciones Unidas 1996, párrafos 107 e), 110 a) e), 111 a) y 267, Naciones Unidas 1999, párrafos 21 b), 40, 42, 45, 52 b) y 73 c); y Naciones Unidas 2000, párrafos 72 g) y 79 f).
- 12 Naciones Unidas 1979, párrafos 7c) y 14.2 a); Naciones Unidas 1995, párrafos 4.3 b), 4.4 a), 7.9, 7.18, 15.8, 15.9 y 15.10; Naciones Unidas 1996, párrafos 106 s), 108 a) j), 233 f) y 295; y Naciones Unidas 2000, párrafos 51, 52 c), 76 y 81.
- 13 Naciones Unidas 1989, párrafos 12.1 y 13; Naciones Unidas 1995, párrafos 6.15, 7.43, 7.47 y 11.20; Naciones Unidas 1996, párrafos 111 b) y 284 a) b); Naciones Unidas 1999, párrafos 21 b), 73 c), 83 y 90; Naciones Unidas 2000, párrafos 79 f) y 95 b) c).
- 14 Senderowitz, J. 2000. *A Review of Programme Approaches to Adolescent Reproductive Health*. Poptech Assignment No. 2000.176. Population Technical Assistance Project.
- 15 Chibbarulilo, P. 1997. *A Report on the Mini-Participatory Learning and Action (PLA) Exercise for the JSI/SEATS Programme in Zambia*. Lusaka, Zambia: Family Planning Service Expansion and Technical Support Project, John Snow International.
- 16 MacLean, A. 1999. *Sewing a Better Future: A Report of Discussions with Young Garment Factory Workers about Life, Work and Sexual Health*. Washington, D.C.:
- Care International, Camboya y FOCUS on Young Adults.
- 17 Cheetham, N., R. Thiombiano y S. Ky. 2003. *Community Participation to Improve Youth Sexual and Reproductive Health in Burkina Faso*. Resumen inédito del proyecto. Washington, D.C.: Advocates for Youth.
- 18 Khan, S.A., y M. Ahmed. 2001. "BRAC, Bangladesh: Community Mobilization to Support Adolescent Development". FOCUS Project Highlights. <http://www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/BRAC.htm>, sitio visitado el 6 de enero de 2003.
- 19 Micklewright, J. 2002. "Social Exclusion and Children: A European View for a US Debate". Innocenti Working Papers No. 90. Florencia, Italia: Innocenti Research Centre, UNICEF.
- 20 Lansdown, G. 2001. "Promoting Children's Participation in Democratic Decision-Making". Florencia, Italia: UNICEF Innocenti Research Center. Sitio Web: www.unicef-icdc.org/publications/pdf/insight6.pdf, sitio visitado el 19 de abril de 2003.
- 21 Cornwall, A. y A. Welbourn (editores). 2002. *Realizing Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-being*. Londres: Zed Books.
- 22 Véase: UNICEF 2002. *Estado Mundial de la Infancia 2002. Liderazgo* (No. de venta S.02.XX.I). Nueva York: UNICEF.
- 23 Faulkner, K. y J. Knott. 2002. "Institutionalizing Youth Participation in a Large International Organisation: Experiences from the International Planned Parenthood Federation", Capítulo 2 en Cornwall y Welbourn, 2002.
- 24 Lansdown 2001.
- 25 Ibid.
- 26 Véase: UNESCO. Sin fecha. "Who is Who: Directory of International Youth-led/Youth-serving Organizations". París: UNESCO. Sitio Web: www.unesco.org/youth/ONGReptoire.htm, sitio visitado el 8 de junio de 2003.
- 27 Russell, J. y X. 2001. *Adolescent and Youth Policy: The Experiences of Colombia, Dominican Republic and Nicaragua*. Washington, D.C.: Adolescent Health and Development. PAHO, WHO.
- 28 Véase el Sitio Web: http://www.elige.org.mx/Quienes_somos.htm, sitio visitado el 20 de enero de 2003.
- 29 *TakingItGlobal Projects: Network of Young Women Activists against Violence against Women*. Véase el Sitio Web: <http://projects.takingitglobal.org/gendviolence>, sitio visitado el 20 de enero de 2003.
- 30 *The Youth Coalition*, Ottawa, Notario, Canadá. Sitio Web: <http://www.youthcoalition.org>, sitio visitado el 20 de enero de 2003.
- 31 Por ejemplo, el costo de un programa de educación preventiva del VIH/SIDA en un país con baja prevalencia puede ser alto en comparación con los beneficios inmediatos. No obstante, cuando la población carece de información, aumenta pronunciadamente el riesgo de propagación, con enormes consecuencias potenciales.
- 32 Costos no son lo mismo que gastos. Costos administrativos, costos privados y costos de oportunidad a menudo se omiten de los análisis. Con frecuencia, las modalidades de financiación (por ejemplo, giros) se imputan en la contabilidad de maneras diversas y muchas veces incorrectas. Véase: Knowles, J. y J. Berman. 2003. (Versión editada, marzo de 2003) Documentos de antecedentes para la reunión celebrada el 15 de octubre de 2002 *Expert Meeting on Assessing the Economic Benefit of Investing in Youth in Developing Countries*. National Research Council. Washington D.C.
- 33 Correia M. y W. Cunningham. 2003. "Caribbean Youth Development: Issues and Policy Directions" World Bank: Washington D.C.; y Cunningham W. 2003. Presentación efectuada en la reunión *Expert Meeting on Assessing the Economic Benefit of Investing in Youth in Developing Countries*, National Research Council, Washington, D.C., 15 de octubre de 2002.
- 34 La estimación de costos sociales es más fácil que las de costos privados, puesto que varían los insumos componentes de estos últimos, así como sus precios.
- 35 Los costos financieros abarcan los pagos para mantener a los hijos, los costos sufragados públicamente para la madre y el hijo, y las transferencias gubernamentales para asistencia a la familias pobres y los hogares de guarda. Los costos económicos incluyen los ingresos impositivos perdidos debido al menor ingreso futuro de la madre y el hijo, los recursos administrativos desviados para proporcionar servicios sociales, los beneficios perdidos de usos alternativos de fondos destinados a la atención de la salud, los costos económicos del aumento en la delincuencia a consecuencia de la menor educación y las menores perspectivas de empleo y la reducción de otras contribuciones a la sociedad por parte del hijo y de la madre adolescente. Véase Correia y Cunningham 2003; y Cunningham 2003. Las variaciones en los servicios sociales prestados y los niveles de ingreso (y la porción destinada al mantenimiento de los hijos) dan cuenta de las diferencias en las estimaciones nacionales.
- 36 Buvinic M. 1998. "The Costs of Adolescent Childbearing: Evidence from Chile, Barbados, Guatemala and Mexico" *Studies in Family Planning*, vol. 29(2), págs 201 a 209.
- 37 Las probabilidades de que esté presente el padre biológico son muy inferiores y es mayor el número de mujeres que viven como inquilinas fuera de su propio hogar o el de sus progenitores. A diferencia de lo que ocurre en los Estados Unidos (véanse las referencias en Buvinic, 1998), no resultan afectadas las posibilidades futuras de contraer matrimonio. La pauta de maternidad ampliada para jóvenes madres solteras no se verifica en esos ámbitos de América Latina.
- 38 En México, las dos terceras partes de las madres adolescentes eran ellas mismas hijas de mujeres que habían sido madres adolescentes.
- 39 Las encuestas de población serían el método más fidedigno, aun cuando cos-
- 40 Citado en Knowles y Behrman 2003, pág 41. Esta estimación contiene un apreciable descuento en el tiempo para una adición de 34,6 años de vida ajustados por discapacidad, entre 5 y 8 años después de la infección.
- 41 Marseille, E., P. B. Hoffman, y G. Kahn. "HIV prevention before HAART in sub-Saharan Africa". *The Lancet*. 2002. Volume 359, No. 9320, págs. 1851 a 1856.
- 42 Esta tesis fue enérgicamente defendida por P. Piot, D. Zewdie, y T. Türmen. "HIV/AIDS prevention and treatment". *The Lancet*. Volume 360 Issue 9326 Pág. 86, en su respuesta al artículo de Marseille, Hoffman y Khan 2002.
- 43 Los beneficios abarcan un ahorro en los años de vida ajustados por discapacidad, reducciones en las infecciones secundarias de posibles compañeros sexuales del caso evitado y menores costos anuales por concepto de atención médica.
- 44 Marek, T. y J.M. Del Rosso 1996. "Class Action: Improving School Performance in the Developing World through Better Health and Nutrition" Washington DC: The World Bank; citado en Knowles y Behrman 2003.
- 45 OMS. 1996. "Research to Improve Implementation and Effectiveness of School Health Programmes", (WHO/HPR/HEP/96.3) Ginebra: WHO; citado en: Knowles y Behrman. En los comentarios se indican altas utilidades (del orden de 18 a 20:1) de los proyectos de lucha contra el uso de tabaco, lo cual es coherente con las altas tasas de prevalencia y las tasas correlativas de mortalidad y morbilidad a largo plazo.
- 46 Este es el tramo superior de las estimaciones de necesidades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la educación, sobre la base de aplicar estándares normativos de inversión en relación con el PNB. El autor señala una gama de estimaciones, a partir de 2.400 millones de dólares, inclusive la estimación del UNICEF, de 9.100 millones de dólares. Véase: Devarajan, S. "External Finance and the Millennium Development Goals", presentación efectuada el 10 de junio de 2002 en el Seminario Internacional "América Latina y el Caribe: Retos antes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio", organizado por el BID, la CEPAL, el Banco Mundial y el PNUD, Washington, D.C., 10 y 11 de junio de 2002.
- 47 La gama plausible de estimaciones de beneficios, en función de las suposiciones acerca de las tasas anuales de descuento y las utilidades componentes, oscilaba entre 2,77 y 25,63 veces los costos. Véase Knowles y Behrman 2003, Capítulo 6.
- 48 El grado de incertidumbre en esta estimación fue considerablemente mayor; el tramo fue de 8,14 hasta 17,64.

Fuentes para los cuadros

CAPÍTULO 1

- 2 Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5/Add.1)*, párrafo 73. Nueva York: Naciones Unidas; Comité de los Derechos del Niño, Naciones Unidas. 2003. "Observación general No. 4 (2003): Salud y desarrollo de los adolescentes en el contexto de la "Convención sobre los Derechos del Niño" (CRC/GC/2003/4), 33º período de sesiones, párrafo 21. Nueva York: Naciones Unidas; y Naciones Unidas. 1999. "Recomendación general 24: Artículos de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: Las mujeres y la salud, Artículo 12", párrafo 8. *Informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: 20º período de sesiones (A/54/38 [Part 1])*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 3 Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales.
- 4 Véase el Sitio Web: www.swcp.com/shinealight/Pages/Caracol.html, sitio visitado el 20 de diciembre de 2002; y The Child Welfare Scheme. 2002. Sitio Web: www.childwelfare.org, sitio visitado el 20 de diciembre de 2002.
- 5 Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados. 2002. "Precious Resources: Participatory Research Study with Adolescents and Youth in Sierra Leone: April-July 2002". Nueva York: Women's Commission for Refugee Women and Children. Sitio Web: www.womenscommission.org/reports/sl/01.html, sitio visitado el 30 de junio de 2003.
- 6 Cook, R., y B. M. Dickens. 2000. "Recognizing Adolescents' Evolving Capacities to Exercise Choice in Reproductive Health Care", pág. 16. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 70(1): págs. 13 a 21.

CAPÍTULO 2

- 7 Bruce, J. 2002. "Married Adolescent Girls: Human Rights, Health and Developmental Needs of a Neglected Majority". Asamblea General de las Naciones Unidas, período extraordinario de sesiones sobre la infancia, Nueva York, 8 a 10 de mayo de 2002.
- 8 UNFPA. 2003. "Afghan Teens Speak Out Against Early Marriage: World Population Day: A Personal Story". Crónica para la prensa. Nueva York: UNFPA.
- 9 Barkat, A., y otros. 1999. *The RSDP/Pathfinder Bangladesh Newlywed Strategy: Results of an Assessment*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults; y Bond, K., y L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners, Bangladesh, 19 de noviembre a 14 de diciembre de 1998. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.
- 10 Campbell, C., y C. MacPhail. 2002. "Peer Education, Gender and the

Development of Critical Consciousness: Participatory HIV Prevention by South African Youth", pág. 332. *Social Science and Medicine* 55(2): págs. 331 a 345; Brown, A., y otros. 2001. *Sexual Relations among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO Case Studies (WHO/RHR/01.8)*. Occasional Paper. Ginebra: Salud de la Familia y Comunidad, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones, y OMS; Eggleston, E., J. Jackson, y K. Hardee. 1999. "Sexual Attitudes and Behaviour among Young Adolescents in Jamaica". *International Family Planning Perspectives* 25(2): págs. 78 a 85; y Barker, G. 2000. "Gender-Equitable Boys in a Gender Inequitable World: Reflections From Qualitative Research and Programme Development in Rio de Janeiro". *Sexual and Relationship Therapy* 15(3): págs. 262 a 282.

CAPÍTULO 3

- 11 Shelton, J. 29 de julio de 2002. "ABC Approach to Behaviour Change". Jim Shelton's Pearls. Sitio Web: www.jhuccp.org/pearls/2002/07-29.shtml.
- 12 Population Services International y Population Reference Bureau. 2000. *Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operations Research Projects in Botswana, Cameroon, Guinea, and South Africa*. Washington, D.C.: Population Services International and Population Reference Bureau.
- 13 Horizons Program, Kenya Project Partners, y Uganda Project Partners. 2001. *HIV Voluntary Counseling and Testing Among Youth: Results from an Exploratory Study in Nairobi, Kenya, and Kampala and Masaka, Uganda*. Washington, D.C.: Horizons Program, The Population Council.

CAPÍTULO 4

- 14 Hogle, J. A., y otros. 2002. "What Happened in Uganda: Declining HIV Prevalence, Behaviour Change and the National Response". *Project Lessons Learned Case Study*. Septiembre. Washington, D.C.: USAID; y Wendo, C. 2002. "School HIV/AIDS Manual Ready". Kampala, Uganda: New Vision. Sitio Web: www.allAfrica.com, sitio visitado el 5 de diciembre de 2002.
- 15 Stewart, H., y otros. 2001. *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do: Key Baseline Findings from Mexico, South Africa, and Thailand*. Washington, D.C.: Horizons Program, The Population Council.
- 16 Ryan, W. A. Septiembre de 2002. Entrevista a Mmagogkoshi Morema.
- 17 Rose-Avila, M. 1990. "Peer Education with Gang Members: Protecting Life and Health". FOCUS Project Highlights. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults. Sitio Web: www.pathfind.org/pf/pubs/focus/Project%20Highlights/homies.html, sitio visitado el 6 de enero de 2003.
- 18 UNFPA. 5 de junio de 2003. "Moving Beyond Excuses: Eastern European Ad Campaign Promotes Condom Use".

Crónica periodística. Nueva York: UNFPA. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=326.

CAPÍTULO 5

- 20 Murray C., y A. López. 1998. *Health Dimensions of Sex and Reproduction: The Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders and Congenital Anomalies*. Ginebra: WHO; y UNFPA y EngenderHealth. 2003. *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from Nine African Countries*. Nueva York: UNFPA y EngenderHealth.
- 21 Senderowitz, J. 1999. *Making Reproductive Health Services Youth Friendly*. Research, Program and Policy Series. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 22 Barkat, A., y otros. 1999. *The RSDP/Pathfinder Bangladesh Newlywed Strategy: Results of an Assessment*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults; y Bond, K., y L. MacLaren. 1998. "Report on Consultancy to NIPHP Partners", Bangladesh, 19 de noviembre a 14 de diciembre de 1998. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults.

CAPÍTULO 6

- 23 Dickson-Tetteh, K., A. Pettifor, y W. Moleko. 2001. "Working with Public Sector Clinics to Provide Adolescent-Friendly Services in South Africa". *Reproductive Health Matters* 9(17): págs. 160 a 169. Véase también: Sitio Web de Kaiser Family Foundation: www.kff.org/docs/sections/safrica/loveLife.html.
- 24 UNFPA. 2003. "Project RLA/97/P07: The Right to Have Dreams and a Duty to Plan Them". Informe sobre el proyecto, presentado por la Oficina del UNFPA en Panamá.
- 25 Bernstein, S. Noviembre de 2002. Visita sobre el terreno.

CAPÍTULO 7

- 26 Naciones Unidas. 2000. *Resolución aprobada por la Asamblea General: 55/2: Declaración del Milenio, de las Naciones Unidas (A/RES/55/2)*. Nueva York: Naciones Unidas. Véase también el Sitio Web: www.un.org/millenniumgoals.
- 27 Rosen, J. 2001. *Formulating and Implementing National Youth Policy: Lessons from Bolivia and the Dominican Republic*. Washington, D.C.: FOCUS on Young Adults, Pathfinder International.
- 28 Materiales presentados por: Bogaarts, Y. 2003. World Population Foundation.
- 29 Barcelona, D. Adolescent Youth Cluster, UNFPA. 2003. Comunicación personal.
- 30 UNFPA. 18 de marzo de 2002. Crónica periodística. Sitio Web: www.unfpa.org/news/news.cfm?ID=116&Language=1.
- 32 Naciones Unidas. 1999. *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (A/S-21/5 Add. 1)*. Nueva York: Naciones Unidas.

Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F
Total mundial	56	63,3 / 67,6	386					50	61	54	
Regiones más desarrolladas (*)	8	72,1 / 79,4						27	69	56	
Regiones menos desarrolladas (+)	61	61,7 / 65,1						53	59	54	
Países menos adelantados (‡)	97	48,8 / 50,5						124			
ÁFRICA (1)	89	47,9 / 50,0						107	25	20	
ÁFRICA ORIENTAL	97	42,4 / 43,8						117	21	16	
Burundi	107	40,4 / 41,4	866	73 / 58	59 / 58	12 / 9	44 / 60	50	9	1	4,95 / 11,05
Eritrea	73	51,2 / 54,2	857	65 / 54	69 / 69	34 / 23	33 / 55	115	5	4	2,75 / 4,30
Etiopía	100	44,6 / 46,3	1.193	76 / 52	64 / 64	22 / 14	53 / 69	100	8	6	4,40 / 7,80
Kenya	69	43,5 / 45,6	1.564	95 / 93	70 / 73	32 / 29	11 / 24	78	39	32	6,00 / 15,55
Madagascar	91	52,5 / 54,8	654	105 / 101	45 / 48	15 / 14	26 / 40	137	19	12	0,07 / 0,24
Malawi	115	37,3 / 37,7	1.936	139 / 135	55 / 43	40 / 31	26 / 53	163	31	26	6,35 / 14,90
Mauricio (2)	16	68,4 / 75,8	32	109 / 108		79 / 75	12 / 19	33	75	49	
Mozambique	122	36,6 / 39,6	936	104 / 79	62 / 54	14 / 9	40 / 71	105	6	5	6,10 / 14,70
Rwanda	112	38,8 / 39,7	1.258	119 / 118	38 / 40	12 / 12	26 / 40	50	13	4	4,90 / 11,20
Somalia	118	46,4 / 49,5	685					213			
Tanzanía, República Unida de	100	42,5 / 44,1	1.408	63 / 63	80 / 83	6 / 5	16 / 33	120	25	17	3,55 / 8,05
Uganda	86	45,4 / 46,9	910	143 / 129		21 / 16	23 / 43	211	23	18	2,00 / 4,65
Zambia	105	32,7 / 32,1	770	80 / 76	83 / 78	26 / 21	15 / 28	145	25	14	8,10 / 21,00
Zimbabwe	58	33,7 / 32,6	654	96 / 93		47 / 42	7 / 15	92	54	50	12,40 / 33,00
ÁFRICA CENTRAL (3)	116	41,6 / 43,8						200	10	3	
Angola	140	38,8 / 41,5	820	78 / 69		18 / 13		229	8	4	2,20 / 5,70
Camerún	88	45,1 / 47,4	748	115 / 100	72 / 93	22 / 17	21 / 36	121	19	7	5,40 / 12,65
Chad	115	43,7 / 45,7	933	90 / 57	58 / 48	18 / 5	48 / 66	195	8	2	2,35 / 4,30
Congo, Rep. Democrática del (4)	120	40,8 / 42,8	755	49 / 44		24 / 13	27 / 50	230	8	2	2,90 / 5,90
Congo, República del	84	46,6 / 49,7	406	101 / 93		46 / 38	13 / 26	146			3,25 / 7,80
Gabón	57	55,8 / 57,5	446	144 / 143		61 / 58		113	33	12	
República Centroafricana	100	38,5 / 40,6	834	89 / 61			40 / 65	132	15	3	5,85 / 13,50
ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)	49	64,5 / 68,2						36	47	42	
Argelia	44	68,1 / 71,3	103	116 / 107	97 / 98	68 / 73	24 / 43	16	64	50	
Egipto	41	66,7 / 71,0	84	103 / 96	99 / 100	88 / 83	33 / 56	47	56	54	
Jamahiriyá Árabe Libia	21	70,8 / 75,4	130	115 / 117		88 / 91	9 / 32	7	40	26	
Marruecos	42	66,8 / 70,5	238	101 / 88	79 / 81	44 / 35	38 / 64	25	50	42	
Sudán	77	54,1 / 57,1	352	59 / 51	86 / 88	22 / 36	31 / 54	55	8	7	1,10 / 3,10
Túnez	23	70,8 / 74,9	68	120 / 115	92 / 94	76 / 80	19 / 39	7	60	51	
ÁFRICA MERIDIONAL	52	43,9 / 49,1						66	52	51	
Botswana	57	38,9 / 40,5	275	108 / 108	84 / 89	90 / 96	25 / 20	91	40	39	16,10 / 37,50
Lesotho	92	32,3 / 37,7	437	112 / 118	68 / 80	30 / 36	27 / 6	53	30	30	17,40 / 38,10
Namibia	60	42,9 / 45,6	274	112 / 113	92 / 93	58 / 65	17 / 19	78	29	26	11,10 / 24,25
Sudáfrica	48	45,1 / 50,7	239	115 / 108	66 / 63	83 / 91	14 / 15	66	56	55	10,65 / 25,65
Swazilandia	78	33,3 / 35,4	380	128 / 121	83 / 85	60 / 60	19 / 21	45	20	17	15,25 / 39,50
ÁFRICA OCCIDENTAL (6)	90	49,0 / 50,3						119	15	8	
Benin	93	48,4 / 53,0	767	113 / 78	89 / 78	30 / 14	48 / 76	107	19	7	1,17 / 3,75
Burkina Faso	93	45,2 / 46,2	818	52 / 37	68 / 71	12 / 8	66 / 86	136	12	5	4,00 / 9,75
Côte d'Ivoire	101	40,8 / 41,2	459	92 / 70	91 / 90	30 / 17	41 / 63	116	15	7	2,90 / 8,35
Gambia	81	52,7 / 55,5	526	86 / 78	75 / 63	43 / 30	56 / 70	125	10	9	0,53 / 1,34

Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F
Ghana	58	56,5 / 59,3	407	84 / 76	67 / 65	40 / 32	20 / 37	76	22	13	1,38 / 3,00
Guinea	102	48,8 / 49,5	822	78 / 56	90 / 77	20 / 7		163	6	4	
Guinea-Bissau	120	43,8 / 46,9	1.017	99 / 66	41 / 34	26 / 14	46 / 77	197	8	4	1,05 / 2,95
Liberia	147	40,7 / 42,2	476	140 / 96	49 / 17	45 / 32	30 / 63	227	6	6	
Malí	119	48,0 / 49,1	1.135	71 / 51	100 / 86	20 / 10	64 / 84	191	8	6	1,35 / 2,10
Mauritania	97	50,9 / 54,1	889	86 / 80	68 / 55	22 / 20	49 / 70	104	8	5	
Níger	126	45,9 / 46,5	1.090	42 / 29	76 / 71	8 / 5	76 / 92	233	14	4	
Nigeria	79	51,1 / 51,8	533				28 / 44	103	15	9	3,00 / 5,85
Senegal	61	50,8 / 55,1	474	79 / 70	75 / 69	21 / 14	53 / 72	86	13	8	0,19 / 0,54
Sierra Leona	177	33,1 / 35,5	1.297	106 / 80		29 / 24		212	4	4	2,50 / 7,55
Togo	81	48,2 / 51,1	752	138 / 110	78 / 69	54 / 24	28 / 57	81	24	7	2,05 / 5,90
ASIA	53	65,5 / 69,0						35	64	58	
ASIA ORIENTAL (7)	34	69,7 / 74,7						5	82	81	
China	37	68,9 / 73,3	56	105 / 108		66 / 60	8 / 22	5	84	83	0,16 / 0,09
Corea, República de	5	71,8 / 79,3	20	101 / 101		94 / 94	1 / 4	3	81	67	0,03 / 0,01
Corea, Rep. Popular Democrática de	45	60,5 / 66,0	131					2	62	53	
Hong Kong, R.A.E. de China (8)	4	77,3 / 82,8					3 / 11	6	86	80	
Japón	3	77,9 / 85,1	9 ^a	101 / 101		102 / 103		4	59	53	0,02 / 0,04
Mongolia	58	61,9 / 65,9	225	97 / 101		55 / 67	1 / 2	54	60	46	
ASIA MERIDIONAL	41	64,4 / 69,1						42	58	49	
Camboya	73	55,2 / 59,5	404	117 / 103	63 / 63	24 / 13	20 / 43	60	24	19	0,99 / 2,50
Filipinas	29	68,0 / 72,0	213	113 / 113		74 / 81	5 / 5	38	47	28	0,02 / 0,02
Indonesia	42	64,8 / 68,8	226	111 / 109	92 / 102	58 / 56	8 / 18	55	57	55	0,07 / 0,06
Lao, Rep. Democrática Popular	88	53,3 / 55,8	622	121 / 104	58 / 60	44 / 31	24 / 47	91	32	29	0,05 / 0,03
Malasia	10	70,8 / 75,7	41	99 / 99		67 / 74	9 / 17	18	55	30	0,70 / 0,12
Myanmar	83	54,6 / 60,2	402	89 / 89	65 / 64	40 / 38	11 / 20	24	33	28	
Singapur	3	75,9 / 80,3	3				4 / 12	6	74	73	0,15 / 0,16
Tailandia	20	65,3 / 73,5	44	97 / 93	96 / 99	84 / 80	3 / 6	49	72	70	1,09 / 1,65
Viet Nam	34	66,9 / 71,6	125	109 / 102		70 / 64	6 / 9	21	75	56	0,32 / 0,17
ASIA CENTROMERIDIONAL	68	62,5 / 63,9						54	48	41	
Afganistán	162	43,0 / 43,3	1.276	29 / 0				111	5	4	
Bangladesh	64	61,0 / 61,8	377	100 / 101	68 / 76	45 / 47	51 / 70	117	54	43	0,01 / 0,01
Bhután	54	62,0 / 64,5	488		89 / 92			54	19	19	
India	64	63,2 / 64,6	540	111 / 92	70 / 65	57 / 40	32 / 55	45	48	43	0,34 / 0,71
Irán, Rep. Islámica del	33	68,9 / 71,9	76	88 / 85	99 / 98	81 / 75	17 / 31	33	73	56	0,05 / 0,01
Nepal	71	60,1 / 59,6	905	128 / 108	67 / 76	58 / 43	41 / 76	117	39	35	0,27 / 0,28
Pakistán	87	61,2 / 60,9	476	93 / 54		29 / 19	43 / 72	50	28	20	0,06 / 0,05
Sri Lanka	20	69,9 / 75,9	92	107 / 104		70 / 74	6 / 11	22	66	44	0,03 / 0,04
ASIA OCCIDENTAL	44	67,1 / 71,3						47	47	28	
Arabia Saudita	21	71,1 / 73,7	23	69 / 66	94 / 94	71 / 64	17 / 33	38	32	29	
Emiratos Árabes Unidos	14	73,3 / 77,4	77	99 / 99	98 / 98	71 / 80	25 / 21	51	28	24	
Iraq	83	59,2 / 62,3	336	111 / 91		47 / 29	45 / 77	38	14	10	
Israel	6	77,1 / 81,0	4	114 / 114		94 / 93	3 / 7	17	68	52	
Jordania	24	69,7 / 72,5	41	101 / 101	98 / 97	86 / 89	5 / 16	27	53	38	
Kuwait	11	74,9 / 79,0	7	85 / 84		55 / 56	16 / 20	31	50	41	
Libano	17	71,9 / 75,1	126	101 / 97	95 / 99	72 / 79	8 / 20	25	61	37	

Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F
Omán	20	71,0 / 74,4	99	74 / 71	95 / 97	69 / 67	20 / 38	66	24	18	
República Árabe Siria	22	70,6 / 73,1	154	113 / 105		46 / 41	12 / 40	34	36	28	
Territorio Palestino Ocupado	21	70,8 / 74,0	57	107 / 109		80 / 86		94			
Turquía (10)	40	68,0 / 73,2	88	105 / 96		67 / 48	7 / 24	43	64	38	
Yemen	71	58,9 / 61,1	488	96 / 61		69 / 25	32 / 75	111	21	10	
EUROPA	9	70,1 / 78,2						20	67	49	
EUROPA ORIENTAL	14	64,0 / 74,4						29	61	35	
Bulgaria	15	67,4 / 74,6	28	105 / 102		95 / 93	1 / 2	41	42	25	
Eslovaquia	8	69,8 / 77,6	11	103 / 103		87 / 88		24	74	41	
Hungría	9	67,7 / 76,0	10	103 / 101		98 / 99	1 / 1	21	77	68	0,10 / 0,02
Polonia	9	69,8 / 78,0	9	100 / 99	99 / 99	103 / 100	0 / 0	16	49	19	0,09 / 0,05
República Checa	6	72,1 / 78,7	9	105 / 104	101 / 100	93 / 96		17	72	63	
Rumania	20	67,0 / 74,2	58	100 / 98		82 / 83	1 / 3	37	64	30	
EUROPA SEPTENTRIONAL (11)	5	74,9 / 80,5						17	78	75	
Dinamarca	5	74,2 / 79,1	8	102 / 102		125 / 131		7	78	72	0,14 / 0,07
Estonia	9	66,5 / 76,8	39	105 / 101	100 / 99	91 / 92	0 / 0	26	70	56	2,50 / 0,62
Finlandia	4	74,4 / 81,5	5	102 / 101	99 / 101	120 / 133		8	77	75	0,04 / 0,03
Irlanda	6	74,4 / 79,6	24	120 / 119	98 / 99			15			0,06 / 0,05
Letonia	14	65,6 / 76,2	55	101 / 100		90 / 92	0 / 0	24	48	39	0,93 / 0,24
Lituania	9	67,5 / 77,6	19	102 / 101		96 / 95	0 / 1	26	47	31	0,16 / 0,05
Noruega	5	76,0 / 81,9	14	101 / 102		113 / 116		11	74	69	0,08 / 0,04
Reino Unido	5	75,7 / 80,7	10	99 / 99		144 / 169		20	82	82	0,10 / 0,05
Suecia	3	77,6 / 82,6	4	109 / 111		132 / 166		7	78	72	0,07 / 0,05
EUROPA MERIDIONAL (12)	7	74,6 / 81,0						11	68	48	
Albania	25	70,9 / 76,7	73	107 / 107		77 / 80	8 / 23	16	58	15	
Bosnia y Herzegovina	14	71,3 / 76,7	29					23	48	16	
Croacia	8	70,3 / 78,1	12				1 / 3	19			
Eslovenia	6	72,6 / 79,8	11	101 / 100			0 / 0	8	74	59	
España	5	75,9 / 82,8	20	105 / 105		113 / 119	1 / 3	6	81	67	0,52 / 0,24
Grecia	6	75,7 / 80,9	8	99 / 99		98 / 99	2 / 4	10			0,14 / 0,07
Italia	5	75,5 / 81,9	10	101 / 100	99 / 98	97 / 95	1 / 2	6	60	39	0,29 / 0,26
Macedonia, ex República Yugoslava de	16	71,4 / 75,8	12	99 / 99		85 / 83		34			
Portugal	6	72,6 / 79,6	9	122 / 120		111 / 117	5 / 10	17	66	33	0,41 / 0,19
Serbia y Montenegro	13	70,9 / 75,6	14					26	58	33	
EUROPA OCCIDENTAL (13)	5	75,3 / 81,7						10	74	71	
Alemania	5	75,2 / 81,2	11	104 / 104		100 / 99		11	75	72	0,10 / 0,05
Austria	5	75,4 / 81,5	4	104 / 103		101 / 97		12	51	47	0,23 / 0,12
Bélgica	4	75,7 / 81,9	10	105 / 104				9	78	74	0,12 / 0,12
Francia	5	75,2 / 82,8	22	106 / 104	98 / 99	107 / 108		9	75	69	0,26 / 0,18
Países Bajos	5	75,6 / 81,0	10	109 / 106		126 / 122		5	79	76	0,20 / 0,09
Suiza	5	75,9 / 82,3	6	108 / 107	101 / 101	103 / 96		5	82	78	0,46 / 0,40
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	32	67,1 / 73,9						72	69	60	
CARIBE (14)	35	64,9 / 69,0						71	59	56	
Cuba	7	74,8 / 78,7	33	104 / 100	95 / 96	83 / 87	3 / 3	65	70	67	0,09 / 0,05
Haití	63	49,0 / 50,0	661				48 / 52	64	27	21	4,05 / 4,95
Jamaica	20	73,7 / 77,8	87	100 / 99	87 / 91	82 / 85	17 / 9	79	66	63	0,82 / 0,85

Vigilancia de las metas de la CIPD - Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación				Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	% en 5º grado primario M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	% analfabetos (>15 años) M/F	Alumbramientos/1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F
Puerto Rico	10	71,2 / 80,1	19				6 / 6	63	78	68	
República Dominicana	36	64,4 / 69,2	150	126 / 122	71 / 79	53 / 67	16 / 16	93	64	59	2,10 / 2,75
Trinidad y Tabago	14	68,4 / 74,4	82	101 / 99	98 / 101	78 / 84	1 / 2	36	53	44	2,45 / 3,25
CENTROAMÉRICA	30	69,5 / 75,4						76	63	55	
Costa Rica	10	75,8 / 80,6	21	108 / 105	77 / 84	58 / 63	5 / 4	78	75	65	0,59 / 0,27
El Salvador	26	67,7 / 73,7	145	112 / 107	69 / 72	50 / 50	18 / 24	87	60	54	0,75 / 0,36
Guatemala	41	63,0 / 68,9	270	106 / 98		39 / 35	24 / 39	111	38	31	0,90 / 0,83
Honduras	32	66,5 / 71,4	108	105 / 107			25 / 25	103	50	41	1,18 / 1,50
México	28	70,4 / 76,4	70	114 / 113	88 / 89	73 / 77	7 / 11	64	67	58	0,37 / 0,09
Nicaragua	36	67,2 / 71,9	233	103 / 104	45 / 53	50 / 58	34 / 33	135	60	57	0,23 / 0,08
Panamá	21	72,3 / 77,4	94	113 / 110	92 / 92	67 / 71	7 / 9	89	58	54	1,90 / 1,25
AMÉRICA DEL SUR (15)	32	66,5 / 73,9						71	73	63	
Argentina	20	70,6 / 77,7	75	120 / 120	90 / 90	94 / 100	3 / 3	61			0,85 / 0,34
Bolivia	56	61,8 / 66,0	360	117 / 115	84 / 81	81 / 78	8 / 21	81	53	27	0,11 / 0,06
Brasil	38	64,0 / 72,6	277	166 / 159		103 / 114	13 / 13	73	77	70	0,64 / 0,48
Chile	12	73,0 / 79,0	33	104 / 101	101 / 101	86 / 64	4 / 4	44			0,36 / 0,13
Colombia	26	69,2 / 75,3	92	113 / 112	68 / 73	67 / 73	8 / 8	80	77	64	0,88 / 0,19
Ecuador	41	68,3 / 73,5	185	115 / 115	76 / 79	57 / 58	7 / 10	66	66	50	0,31 / 0,15
Paraguay	37	68,6 / 73,1	106	113 / 110	74 / 79	59 / 61	6 / 8	75	57	48	
Perú	33	67,3 / 72,4	406	128 / 127	88 / 88	83 / 78	5 / 15	55	69	50	0,42 / 0,18
Uruguay	13	71,6 / 78,9	33	110 / 109	93 / 88	92 / 105	3 / 2	70			0,53 / 0,20
Venezuela	19	70,9 / 76,7	89	103 / 101	88 / 94	54 / 65	7 / 8	95	49	38	
AMÉRICA DEL NORTE (16)	7	74,5 / 80,1						50	76	71	
Canadá	5	76,7 / 81,9	7	98 / 99		102 / 103		16	75	73	0,28 / 0,18
Estados Unidos de América	7	74,3 / 79,9	12	101 / 101		95 / 96		53	76	71	0,48 / 0,23
OCEANÍA	26	71,8 / 76,6						32	62	58	
AUSTRALIA-NUEVA ZELANDIA	6	76,3 / 81,8						17	76	72	
Australia (17)	6	76,4 / 82,0	7 ^a	102 / 102		160 / 161		16	76	72	0,12 / 0,02
Melanesia (18)	53	59,3 / 61,7						63			
Nueva Zelanda	6	75,8 / 80,7	5 ^a	100 / 100		109 / 116		27	75	72	0,05 / 0,02
Papua Nueva Guinea	62	56,8 / 58,7	486	88 / 80		24 / 18	29 / 43	67	26	20	0,33 / 0,39
PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍA EN TRANSICIÓN (19)											
Armenia	17	69,0 / 75,6	51	78 / 79		71 / 76	1 / 2	34	61	22	0,23 / 0,06
Azerbaiyán	29	68,7 / 75,5	123	97 / 99		80 / 80		36	55	16	0,06 / 0,02
Belarús	11	64,9 / 75,3	35	109 / 108	71 / 73	83 / 86	0 / 0	27	50	42	0,59 / 0,20
Federación de Rusia	16	60,8 / 73,1	64			80 / 86	0 / 1	30			1,85 / 0,66
Georgia	18	69,5 / 77,6	89	95 / 96		72 / 74		33	41	20	0,08 / 0,02
Kazajstán	52	60,9 / 71,9	155	99 / 98		90 / 87	0 / 1	45	66	53	0,13 / 0,03
Kirguistán	37	64,8 / 72,3	113	103 / 100		86 / 86		33	60	49	
Moldova, República de	18	65,5 / 72,2	46	84 / 84		70 / 72	0 / 2	43	62	43	0,46 / 0,14
Tayikistán	50	66,2 / 71,4	186	108 / 100		86 / 71	0 / 1	25	34	27	
Turkmenistán	49	63,9 / 70,4	128					17	62	53	
Ucrania	14	64,7 / 74,7	39	79 / 77		111 / 99	0 / 1	38	68	38	1,95 / 0,87
Uzbekistán	37	66,8 / 72,5	115				0 / 1	54	67	63	0,01 / <0,01

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (miles) (2003)	Población, proyección (miles) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2001)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa población (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Total mundial	6.301,5	8.918,7	1,2	48	2,1		2,69					(1.753.151)	81 / 81		
Regiones más desarrolladas (*)	1.203,3	1.219,7	0,2	76	0,4		1,56						10 / 9		
Regiones menos desarrolladas (+)	5.098,2	7.699,1	1,5	41	2,8		2,92						89 / 89		
Países menos adelantados (‡)	718,1	1.674,5	2,4	26	4,6		5,13						165 / 156		
ÁFRICA (1)	850,6	1.803,3	2,2	38	3,8		4,91					523.589²⁰	154 / 143		
ÁFRICA ORIENTAL	270,3	614,5	2,2	25	4,7		5,61						171 / 156		
Burundi	6,8	19,5	3,1	9	6,4	4,6	6,80	19	590	10,9	1,7	1.146	198 / 178		78
Eritrea	4,1	10,5	3,7	19	6,3	5,7	5,43	21	970	11,1	2,3	3.028	108 / 104		46
Etiopía	70,7	171,0	2,5	16	4,6	4,8	6,14	10	710	26,5	4,7	31.512	181 / 165	291	23
Kenya	32,0	44,0	1,5	34	4,6	5,1	4,00	44	1.020	0,4	2,7	32.733	125 / 110	515	58
Madagascar	17,4	46,3	2,8	30	4,9	3,4	5,70	46	870	3,9	5,1	7.386	150 / 144		47
Malawi	12,1	25,9	2,0	15	4,6	3,9	6,10	55	620		2,5	25.430	192 / 181		52
Mauricio (2)	1,2	1,5	1,0	42	1,6	1,3	1,95	99	10.410	10,1	3,4	91	21 / 15		100
Mozambique	18,9	31,3	1,8	33	5,1	3,4	5,63	44	1.000		1,3	23.388	223 / 207	403	54
Rwanda	8,4	17,0	2,2	6	4,2	6,0	5,74	31	1.000	6,9	2,7	11.007	189 / 168		41
Somalia	9,9	39,7	4,2	28	5,8	5,9	7,25				0,9		203 / 187		
Tanzania, República Unida de	37,0	69,1	1,9	33	5,3	5,5	5,11	36	540		2,8	26.995	170 / 153	457	68
Uganda	25,8	103,2	3,2	15	5,7	2,6	7,10	38	1.250		1,5	37.434	154 / 139		52
Zambia	10,8	18,5	1,2	40	2,7	1,4	5,64	47	790		3,5	28.041	194 / 177	619	64
Zimbabwe	12,9	12,7	0,5	36	3,7	2,4	3,90	73	2.340	13,2	3,1	21.733	118 / 109	809	83
ÁFRICA CENTRAL (3)	100,6	266,3	2,7	36	4,4		6,28						218 / 196		
Angola	13,6	43,1	3,2	35	4,8	2,9	7,20	23	1.550		2,0	7.015	259 / 234	584	38
Camerún	16,0	24,9	1,8	50	3,6	1,1	4,61	56	1.670	8,3	1,1	4.541	155 / 142	427	58
Chad	8,6	25,4	3,0	24	4,7	1,7	6,65	16	930	9,5	1,4	3.044	209 / 192		27
Congo, Rep. Democrática del (4)	52,8	151,6	2,9	31	4,9	4,1	6,70				3,2	3.182	230 / 208	292	45
Congo, República del	3,7	10,6	2,6	66	4,0	5,6	6,29		580	9,9	1,1	863	137 / 113	296	53
Gabón	1,3	2,5	1,8	82	3,4	0,9	3,99		5.460	4,6	7,2	435	97 / 87	1.271	87
República Centroafricana	3,9	6,6	1,3	42	2,8	1,3	4,92	44	1.180			764	189 / 157		70
ÁFRICA SEPTENTRIONAL (5)	183,6	306,0	1,9	49	2,7		3,21					72.914 ²¹	70 / 61		
Argelia	31,8	48,7	1,7	58	2,7	0,9	2,80	77	5.150		3,0	3.005	52 / 45	956	89
Egipto	71,9	127,4	2,0	43	1,8	7,6	3,29	61	3.790		1,2	55.162	52 / 44	726	97
Jamahiriyá Árabe Libia	5,6	9,2	1,9	88	2,5	0,1	3,02	94			3,1	0	23 / 23	3.107	72
Marruecos	30,6	47,1	1,6	56	2,9	1,1	2,75	40	3.690	20,5	4,6	7.156	58 / 46	359	80
Sudán	33,6	60,1	2,2	37	4,7	1,2	4,39	86	1.610	45,6	1,0	3.347	131 / 123	521	75
Túnez	9,8	12,9	1,1	66	2,1	0,5	2,01	90	6.450	16,2		2.528	29 / 24	825	81
ÁFRICA MERIDIONAL	51,7	46,6	0,6	55	2,1		2,79						93 / 83		
Botswana	1,8	1,4	0,9	49	1,4	1,8	3,70	99	8.810		3,8	1.159	108 / 100		95
Lesotho	1,8	1,4	0,1	29	3,4	2,4	3,84	60	2.670	27,0		753	158 / 146		78
Namibia	2,0	2,7	1,4	31	3,3	1,1	4,56	76	6.700	20,7	0,4	3.571	113 / 102	587	77
Sudáfrica	45,0	40,2	0,6	58	2,1	0,4	2,61	84	9.510	14,0	3,7	27.792	85 / 75	2.514	88
Swazilandia	1,1	0,9	0,8	27	2,2	1,6	4,54	56	4.690	8,5	3,0	557	155 / 138		
ÁFRICA OCCIDENTAL (6)	244,4	569,9	2,6	40	4,3		5,56						153 / 148		
Benin	6,7	15,6	2,6	43	4,5	1,5	5,66	60	1.030	10,3	1,6	5.390	166 / 146	377	63
Burkina Faso	13,0	42,4	3,0	17	5,1	2,8	6,68	31	1.020		3,0	7.306	165 / 155		42
Côte d'Ivoire	16,6	27,6	1,6	44	3,0	1,1	4,73	47	1.470	14,7	4,4	3.276	182 / 164	433	81
Gambia	1,4	2,9	2,7	31	4,4	4,4	4,70	44	1.730		2,1	801	140 / 128		61

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (miles) (2003)	Población, proyección (miles) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2001)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa población (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Ghana	20,9	39,5	2,2	36	3,1	1,9	4,11	44	1.980		8,0	16.997	99 / 88	400	73
Guinea	8,5	19,6	1,6	28	3,1	4,6	5,82	35	1.980	9,5	2,3	6.915	175 / 176		46
Guinea-Bissau	1,5	4,7	2,9	32	4,8	2,8	7,10	25	710		1,9	574	221 / 198		59
Liberia	3,4	9,8	4,0	46	6,8	3,3	6,80				5,2	2.433	238 / 221		
Malí	13,0	46,0	3,0	31	5,1	2,0	7,00	24	810	13,7	6,3	11.804	184 / 178		65
Mauritania	2,9	7,5	3,0	59	5,1	2,8	5,79	40	1.680	11,7	5,8	1.965	163 / 150		36
Níger	12,0	53,0	3,6	21	6,0	2,1	8,00	16	770	22,3	1,8	2.827	207 / 213		59
Nigeria	124,0	258,5	2,5	45	4,4	1,2	5,42	42	830		0,0	39.199	133 / 133	710	62
Senegal	10,1	21,6	2,4	48	4,0	2,9	4,97	51	1.560	13,6	2,6	12.084	116 / 108	324	78
Sierra Leona	5,0	10,3	3,8	37	6,3	5,0	6,50	42	480		2,6	1.120	321 / 293		57
Togo	4,9	10,0	2,3	34	4,2	1,0	5,33	51	1.420	11,6	1,5	1.601	145 / 128	338	54
ASIA	3.823,4	5.222,1	1,3	38	2,7		2,55					383.548	68 / 73		
ASIA ORIENTAL (7)	1.512,3	1.590,1	0,7	43	2,6		1,78						36 / 44		
China	1.304,2	1.395,2	0,7	37	3,2	6,3	1,83	70	4.260	6,1	3,1	12.305	39 / 47	905	76
Corea, Rep. Popular Democrática de	22,7	25,0	0,5	61	1,2	3,4	2,02				8,0	354	61 / 55	2.071	100
Corea, República de	47,7	46,4	0,6	83	1,3	2,1	1,41	98	18.110	18,3	1,6	0	8 / 6	4.119	92
Hong Kong, R.A.E. de China (8)	7,0	9,4	1,1	100	1,2	5,0	1,00		26.050		4,3		5 / 5	2.319	
Japón	127,7	109,7	0,1	79	0,4	1,0	1,32	100	27.430	21,3	2,6	(130.674) ²²	5 / 4	4.136	
Mongolia	2,6	3,8	1,3	57	1,3	0,5	2,42	93	1.800		3,6	2.147	88 / 83		57
ASIA MERIDIONAL	543,2	767,2	1,4	38	3,3		2,55						61 / 49		
Camboya	14,1	29,6	2,4	18	5,5	2,4	4,77	34	1.520	3,2	2,0	16.727	115 / 99		31
Filipinas	80,0	127,0	1,8	59	3,2	3,0	3,18	56	4.360	14,3	1,6	45.132	40 / 30	554	86
Indonesia	219,9	293,8	1,3	42	3,6	2,8	2,35	56	2.940	3,2	0,9	32.589	59 / 46	706	78
Lao, Rep. Democrática Popular	5,7	11,4	2,3	20	4,6	4,2	4,78	21	1.610	6,5	2,2	2.490	144 / 137		35
Malasia	24,4	39,6	1,9	58	2,9	0,5	2,90	96	8.340	11,2	3,6	206	15 / 11	2.126	39
Myanmar	49,5	64,5	1,3	28	2,9	3,2	2,86	56		1,6	2,7	3.135	137 / 118	262	72
Singapur	4,3	4,5	1,7	100	1,7	6,0	1,36				1,3	0	4 / 4	6.120	100
Tailandia	62,8	77,1	1,0	20	2,1	1,7	1,93		6.550	12,5	2,1	2.841	31 / 19	1.212	84
Viet Nam	81,4	117,7	1,3	25	3,1	7,2	2,30	70	2.130	7,3	1,3	17.240	52 / 37	471	75
ASIA CENTROMERIDIONAL	1.563,2	2.463,9	1,7	30	2,6		3,25						89 / 98		
Afganistán	23,9	69,5	3,9	22	5,7	1,8	6,80				0,6	1.928	278 / 283		13
Bangladesh	146,7	254,6	2,0	26	4,3	9,0	3,46	13	1.680	7,3	1,4	83.566	85 / 90	142	98
Bhután	2,3	5,3	3,0	7	5,9	12,2	5,02	15	1.530		3,7	1.431	82 / 78		62
India	1.065,5	1.531,4	1,5	28	2,3	3,2	3,01	42	2.450	7,2	7,5	77.910	78 / 90	494	83
Irán, Rep. Islámica del	68,9	105,5	1,2	65	2,4	1,1	2,33	86	6.230	10,3	0,6	1.539	39 / 39	1.771	93
Nepal	25,2	50,8	2,2	12	5,1	7,2	4,26	12	1.450	14,2	4,2	17.342	91 / 106	343	88
Pakistán	153,6	348,7	2,4	33	3,5	3,3	5,08	20	1.920		0,9	22.992	121 / 135	463	90
Sri Lanka	19,1	21,2	0,8	23	2,4	4,6	2,01	94	3.560		1,8	3.139	30 / 16	437	76
ASIA OCCIDENTAL	204,7	400,8	2,1	65	2,5		3,45					47.102	60 / 53		
Arabia Saudita	24,2	54,7	2,9	87	3,6	0,5	4,53	91			4,2	0	26 / 23	5.081	95
Emiratos Árabes Unidos	3,0	4,1	1,9	87	2,2	0,5	2,82	96		8,5	2,5	8	17 / 14	10.175	
Iraq	25,2	57,9	2,7	67	2,7	0,4	4,77	54			2,6	326	112 / 103	1.190	80
Israel	6,4	10,0	2,0	92	2,2	0,4	2,70	99		21,2	5,1	0	9 / 9	3.241	
Jordania	5,5	10,2	2,7	79	3,0	1,4	3,57	97	4.080	13,7	6,0	11.570	28 / 26	1.061	97
Kuwait	2,5	4,9	3,5	96	2,6	2,1	2,66	98			2,7	9	13 / 13	10.529	
Libano	3,7	4,9	1,6	90	1,9	0,4	2,18	89	4.640	10,5	1,9	1.902	22 / 17	1.169	100

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (miles) (2003)	Población, proyección (miles) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2001)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa población (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Omán	2,9	6,8	2,9	77	4,0	11,4	4,96	91		11,4	2,3	17.739	26 / 20	4.046	38
República Árabe Siria	17,8	34,2	2,4	52	3,3	0,8	3,32	76	3.440	12,9	1,6	840	28 / 25	1.137	80
Territorio Palestino Ocupado	3,6	11,1	3,6	67	4,1		5,57	97				4.772	27 / 21		93
Turquía (10)	71,3	97,8	1,4	66	1,9	0,8	2,43	81	6.640	17,6	3,6	2.799	56 / 43	1.181	83
Yemen	20,0	84,4	3,5	25	5,3	5,6	7,01	22	770			7.136	100 / 95	201	70
EUROPA	726,3	631,9	-0,1	74	0,3		1,38						12 / 10		
EUROPA ORIENTAL	300,3	221,7	-0,5	68	-0,5		1,18					21.809 21²³	20 / 16		
Bulgaria	7,9	5,3	-0,8	70	-0,9	0,1	1,10		5.950	15,2	3,0	74	21 / 17	2.299	100
Eslovaquia	5,4	4,9	0,1	58	0,4	0,3	1,28		11.610	10,8	5,3	0	10 / 10	3.234	100
Hungría	9,9	7,6	-0,5	65	-0,1	0,2	1,20		12.570	17,7		0	12 / 10	2.448	99
Polonia	38,6	33,0	-0,1	63	0,3	0,5	1,26	99	9.280	26,5	4,2	113	11 / 10	2.328	
República Checa	10,2	8,6	-0,1	67	0,0	0,3	1,16	99	14.550	12,5	4,3	0	6 / 6	3.931	
Rumania	22,3	18,1	-0,2	55	0,1	0,3	1,32	99	6.980	19,9	1,9	1.697	28 / 22	1.619	57
EUROPA SEPTENTRIONAL (11)	94,8	100,1	0,2	84	0,2		1,61						7 / 6		
Dinamarca	5,4	5,3	0,2	85	0,2	0,1	1,77	100	27.950	23,4	6,6	(4.460)	7 / 6	3.643	
Estonia	1,3	0,7	-1,1	69	-1,1	0,1	1,22		10.020	24,5	2,8	67	13 / 9	3.303	
Finlandia	5,2	4,9	0,2	59	0,1	0,1	1,73	100	25.180	17,3	2,5	(19.766)	5 / 4	6.409	100
Irlanda	4,0	5,0	1,1	59	1,4	0,4	1,90	100	27.460	13,3	2,2	(4.240)	7 / 7	3.854	
Letonia	2,3	1,3	-0,9	60	-0,6	0,2	1,10	100	7.870	23,6	3,3	51	19 / 16	1.541	
Lituania	3,4	2,5	-0,6	69	0,0	0,2	1,25		7.610	61,4	1,6	48	13 / 10	2.032	
Noruega	4,5	4,9	0,4	75	0,7	0,3	1,80	100	30.440	29,2	6,7	(59.957)	6 / 5	5.704	
Reino Unido	59,3	66,2	0,3	90	0,3	0,2	1,60		24.460	14,0	5,9	(169.602)	7 / 6	3.962	
Suecia	8,9	8,7	0,1	83	-0,1	0,1	1,64	100	24.670	23,5	6,5	(73.142)	5 / 4	5.354	100
EUROPA MERIDIONAL (12)	146,4	125,6	0,1	67	0,4		1,32						10 / 9		
Albania	3,2	3,7	0,7	43	2,1	2,2	2,28		3.880		2,1	1.363	37 / 31	521	97
Bosnia y Herzegovina	4,2	3,6	1,1	43	2,2	0,3	1,30	100			3,1	189	17 / 14	1.096	
Croacia	4,4	3,6	-0,2	58	0,8	0,2	1,65	100	8.440		1,0	0	10 / 8	1.775	
Eslovenia	2,0	1,6	-0,1	49	-0,1	0,2	1,14	100	18.160		6,8	0	8 / 7	3.288	
España	41,1	37,3	0,2	78	0,3	0,2	1,15		20.150	18,8	5,4	(6.208)	7 / 6	3.084	
Grecia	11,0	9,8	0,1	60	0,5	0,4	1,27		17.860	16,0	2,3		8 / 7	2.635	
Italia	57,4	44,9	-0,1	67	0,1	0,3	1,23		24.340	21,2	8,3	(24.921)	7 / 6	2.974	
Macedonia, ex Rep. Yugoslava de	2,1	2,2	0,5	59	0,4	0,4	1,90	97	4.860		5,3		19 / 18		
Portugal	10,1	9,0	0,1	66	1,9	0,5	1,45	98	17.270	20,5	5,8	(400)	9 / 8	2.459	
Serbia y Montenegro	10,5	9,4	-0,1	52	0,2	0,6	1,65	99			2,9	3.478	17 / 14	1.289	98
EUROPA OCCIDENTAL (13)	184,9	184,5	0,2	83	0,3		1,58						6 / 6		
Alemania	82,5	79,1	0,1	88	0,2	0,2	1,35	100	25.530	17,8	0,8	(96.398) ²⁵	6 / 6	4.131	
Austria	8,1	7,4	0,0	67	0,2	0,3	1,28	100	27.080	25,1	5,6	(870)	6 / 5	3.524	100
Bélgica	10,3	10,2	0,2	97	0,2	0,2 ²⁴	1,66	100	28.210	17,0	6,2	(15.768)	6 / 6	5.776	
Francia	60,1	64,2	0,5	76	0,6	0,1	1,89	99	25.280	18,0	5,0	(12.360)	6 / 6	4.366	
Países Bajos	16,1	17,0	0,5	90	0,5	0,6	1,72	100	26.440	15,4	0,9	(170.077)	7 / 6	4.762	100
Suiza	7,2	5,8	0,0	68		1,1	1,41		31.320	23,2	6,0	(16.074)	7 / 5	3.704	100
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	543,2	767,7	1,4	76	1,9		2,53					155.279	45 / 36		
CARIBE (14)	38,7	45,8	0,9	63	1,6		2,39						62 / 53		
Cuba	11,3	10,1	0,3	76	0,5	0,4	1,55	100		34,7	8,0	455	12 / 8	1.180	91
Haití	8,3	12,4	1,3	36	3,3	5,6	3,98	27	1.450		4,2	11.419	119 / 104	256	58
Jamaica	2,7	3,7	0,9	57	1,8	1,9	2,36	95	3.650	16,2	6,0	5.066	28 / 21	1.524	92

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (miles) (2003)	Población, proyección (miles) (2050)	Tasa media crec. dem. (2000-2005) (%)	% población urbana (2001)	Tasa crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fec. total (2000-2005)	% partos atendidos por personal capacitado	INB per cápita PPAS (2001)	Gastos/ estudios prim. (% PIB per cápita)	Gastos públicos salud (% PIB)	Asist. externa población (1.000 US\$)	Mortalidad menores 5 años M/F	Consumo energía per cápita	Acceso agua potable
Puerto Rico	3,9	3,7	0,5	76	1,3	1,4	1,89					0	14 / 11		
República Dominicana	8,7	11,9	1,5	66	2,4	0,9	2,71	99	5.870		4,3	6.742	58 / 48	932	86
Trinidad y Tabago	1,3	1,2	0,3	75	1,0	0,9	1,55	99	9.080	16,2	2,6	331	21 / 16	6.660	
CENTROAMÉRICA	142,3	211,8	1,7	69	2,0		2,76						41 / 34		
Costa Rica	4,2	6,5	1,9	60	2,9	1,7	2,28	98	8.080	14,9	1,5	419	14 / 11	861	96
El Salvador	6,5	9,8	1,6	62	3,5	2,6	2,88	90	4.500	2,0	1,8	5.057	38 / 31	651	81
Guatemala	12,3	26,2	2,6	40	3,4	3,0	4,41	41	3.850	4,9	3,4	7.578	58 / 51	628	92
Honduras	6,9	12,6	2,3	54	4,0	1,6	3,72	55	2.450		6,0	12.998	53 / 43	469	89
México	103,5	140,2	1,5	75	1,7	0,9	2,50	86	8.770	11,7	1,9	16.214	37 / 31	1.567	88
Nicaragua	5,5	10,9	2,4	57	3,3	0,4	3,75	65		20,5	2,3	11.888	50 / 40	542	77
Panamá	3,1	5,1	1,8	57	2,0	1,0	2,70	90	5.720	15,8	5,3	318	31 / 23	892	90
AMÉRICA DEL SUR (15)	362,3	510,1	1,4	80	1,9		2,45						45 / 35		
Argentina	38,4	52,8	1,2	88	1,4	0,1	2,44	98	11.690	12,5	4,7	1.045	26 / 21	1.660	94
Bolivia	8,8	15,7	1,9	63	3,0	1,6	3,82	59	2.380	13,3	4,9	16.682	77 / 67	592	83
Brasil	178,5	233,1	1,2	82	1,9	0,4	2,21	92	7.450	12,5	3,4	10.602	52 / 39	1.077	87
Chile	15,8	21,8	1,2	86	1,5	1,1	2,35	100	9.420	13,9	2,5	108	15 / 12	1.604	93
Colombia	44,2	67,5	1,6	76	2,3	1,9	2,62	86	5.984		1,9	1.259	35 / 30	681	92
Ecuador	13,0	18,7	1,5	63	2,4	1,2	2,76	99	3.070	4,3	1,8	6.600	60 / 49	647	85
Paraguay	5,9	12,1	2,4	57	3,6	0,9	3,84	71	4.400	10,9	3,0	2.201	51 / 39	715	78
Perú	27,2	41,1	1,5	73	2,1	1,8	2,86	56	4.680	8,0	2,8	20.085	57 / 47	489	80
Uruguay	3,4	4,1	0,7	92	0,9	0,3	2,30	100	8.710	8,2	5,1	107	18 / 13	923	98
Venezuela	25,7	41,7	1,9	87	2,1	0,7	2,72	95	5.890		2,7	459	25 / 20	2.452	83
AMÉRICA DEL NORTE (16)	325,7	447,9	1,0	78	1,2		2,05						8 / 8		
Canadá	31,5	39,1	0,8	79	1,1	0,0	1,48	100	27.870		6,6	(37.441)	7 / 6	8.156	100
Estados Unidos de América	294,0	408,7	1,0	77	1,2	0,0	2,11	99	34.870	17,9	5,8	(658.614)	8 / 9	8.148	100
OCEANÍA	32,2	45,8	1,2	74	1,5		2,34						34 / 35		
AUSTRALIA-NUEVA ZELANDIA	23,6	30,1	0,9	90	1,3		1,75						8 / 6		
Australia (17)	19,7	25,6	1,0	91	1,4	0,0	1,70	100	25.780	15,9	6,0	(14.673)	8 / 6	5.744	100
Melanesia (18)	7,5	14,0	2,1	24	3,5		3,91						70 / 75		
Nueva Zelanda	3,9	4,5	0,8	86	0,9	0,1	2,01	95	19.130	19,9	6,2	(2.308)	8 / 6	4.864	
Papua Nueva Guinea	5,7	11,1	2,2	18	3,7	4,3	4,09	53	2.150	11,1	3,6	6.955	81 / 88		42
PAÍSES DE LA EX URSS CON ECONOMÍA EN TRANSICIÓN (19)															
Armenia	3,1	2,3	-0,5	67	0,2	0,9	1,15	97	2.880	4,0	3,2	1.876	22 / 17	542	
Azerbaiyán	8,4	10,9	0,9	52	0,6	1,1	2,10	88	3.020	24,8	0,7	1.473	41 / 38	1.454	76
Belarús	9,9	7,5	-0,5	70	-0,2	0,2	1,20	100	8.030		4,7	19	17 / 12	2.432	100
Federación de Rusia	143,2	101,5	-0,6	73	-0,6	0,1	1,14	99	8.660		3,8	6.369	23 / 18	4.218	99
Georgia	5,1	3,5	-0,9	57	-0,1	1,0	1,40	96	2.860		3,4	1.448	25 / 18	533	77
Kazajstán	15,4	13,9	-0,4	56	-0,3	0,1	1,95	99	6.370		4,2	3.047	68 / 48	2.594	91
Kirguistán	5,1	7,2	1,4	34	1,2	0,9	2,64	98	2.710		2,6	1.518	50 / 42	497	77
Moldova, República de	4,3	3,6	-0,1	41	0,0	0,4	1,40		2.420	1,3	3,0	1.514	26 / 21	671	92
Tayikistán	6,2	9,6	0,9	28	0,7	2,4	3,06	71	1.150		1,0	369	78 / 67	470	60
Turkmenistán	4,9	7,5	1,5	45	2,3	0,9	2,70	97	4.580		4,6	684	74 / 61	2.627	
Ucrania	48,5	31,7	-0,8	68	-0,8	0,2	1,15	100	4.150		2,9	2.436	20 / 15	2.820	98
Uzbekistán	26,1	37,8	1,5	37	1,4	1,4	2,44	96	2.470		2,6	1.444	56 / 48	2.027	89

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos

Vigilancia de las metas de la CIPD – Indicadores seleccionados

	Indicadores de mortalidad			Indicadores de educación		Indicadores de salud reproductiva			
	Mortalidad de lactantes Total por 1.000 nacidos vivos	Esperanza de vida al nacer M/F	Tasa de mortalidad debida a la maternidad	Matriculación primaria (bruta) M/F	Matriculación secundaria (bruta) M/F	Alumbramientos/ 1.000 mujeres de 15 a 19 años	Prevalencia del uso de anticonceptivos Todos los métodos	Métodos modernos	% prevalencia VIH (15 a 24 años) M/F
Antillas Neerlandesas	13	73,3 / 79,2	20	119 / 103	88 / 99	44			
Bahamas	18	63,9 / 70,3	34	92 / 89	85 / 83	60	62	60	2,65 / 3,05
Bahrein	14	72,5 / 75,9	69	103 / 103	98 / 105	18	62	31	
Barbados	11	74,5 / 79,5	0	110 / 110	101 / 102	43	55	53	
Belice	31	69,9 / 73,0	139	130 / 126	71 / 77	86	47	42	1,09 / 2,00
Brunei Darussalam	6	74,2 / 78,9	32	106 / 102	109 / 116	26			
Cabo Verde	30	67,0 / 72,8	96	140 / 137		82	53	46	
Chipre	8	76,0 / 80,5	0	97 / 97	93 / 94	10			
Comoras	67	59,4 / 62,2	547	92 / 80	23 / 18	59	21	11	
Djibouti	102	44,7 / 46,8	774	46 / 35	13 / 17	64			
Fiji	18	68,1 / 71,5	99	111 / 110		54	41	35	
Guadalupe	7	74,8 / 81,7	5			19	44	31	
Guam	10	72,4 / 77,0	12			70			
Guinea Ecuatorial	101	47,8 / 50,5	774	126 / 115	43 / 19	192			1,41 / 2,75
Guyana	51	60,1 / 66,3	167	122 / 118		67	31	28	3,25 / 4,00
Islandia	3	77,6 / 81,9	10	102 / 102	105 / 113	19			
Islas Salomón	21	67,9 / 70,7	97			52			
Luxemburgo	5	75,1 / 81,4	24	101 / 101	92 / 97	9			
Maldivas	38	67,8 / 67,0	153	131 / 131	53 / 57	53			
Malta	7	75,9 / 80,7	0	106 / 107	89 / 89	12			
Martinica	7	75,8 / 82,3	4			30	51	38	
Micronesia (26)	21	70,3 / 74,0				53			
Nueva Caledonia	7	72,5 / 77,7	10			31			
Polinesia (27)	21	68,9 / 73,4				39			
Polinesia Francesa	9	70,7 / 75,8	20			45			
Qatar	12	70,5 / 75,4	15	105 / 104	86 / 92	20	43	32	
Reunión	8	71,2 / 79,3	78			32	67	62	
Samoa	26	66,9 / 73,4	15	105 / 101	73 / 79	44			
Suriname	26	68,5 / 73,7	112	127 / 126	80 / 94	42			1,20 / 1,50
Timor-Leste, Rep. Dem.	124	48,7 / 50,4	630			27			
Vanuatu	29	67,5 / 70,5	32	113 / 121	31 / 26	52			

Indicadores escogidos para países y territorios menos populosos

Indicadores demográficos, sociales y económicos

	Población, total (miles) (2003)	Población, proyección (miles) (2050)	% población urbana (2001)	Tasa de crecimiento urbano (2000-2005)	Pob/ ha. arable y perm. cultivada	Tasa fecundidad total (2000-2005)	% partos por atendidos personal capacitado	INB per cápita en PPAS (2001)	Mortalidad de menores 5 años M/F
Antillas Neerlandesas	221	249	69,3	1,1	0,1	2,05		17 / 11	
Bahamas	314	395	88,9	1,6	1,0	2,29		27 / 21	
Bahrein	724	1.270	92,5	2,0	1,2	2,66	98	20 / 16	
Barbados	270	258	50,5	1,4	0,6	1,50	91	13 / 11	
Belice	256	421	48,1	2,2	0,8	3,15	77	5.350 43 / 42	
Brunei Darussalam	358	685	72,8	2,5	0,4	2,48	98	8 / 6	
Cabo Verde	463	812	63,5	3,9	2,4	3,30	89	4.870 45 / 26	
Chipre	802	892	70,2	1,2	0,5	1,90	100	8 / 8	
Comoras	768	1.816	33,8	4,6	4,1	4,90	62	1.610 96 / 87	
Djibouti	703	1.395	84,2	1,3		5,70		2.120 185 / 168	
Fiji	839	969	50,2	2,5	1,1	2,88		5.140 21 / 23	
Guadalupe	440	467	99,6	0,8	0,6	2,10		11 / 8	
Guam	163	248	39,5	3,0		2,88		13 / 10	
Guinea Ecuatorial	494	1.177	49,3	4,9	1,4	5,89	5	5.640 181 / 164	
Guyana	765	507	36,7	1,4	0,3	2,31		3.750 81 / 60	
Islandia	290	330	92,7	0,8	3,3	1,95		29.830 5 / 4	
Islas Salomón	477	1.071	20,2	6,0	5,5	4,42	85	1.680 31 / 30	
Luxemburgo	453	716	91,9	1,6	0,2 ²⁴	1,73	100	48.080 7 / 7	
Maldivas	318	819	28,0	4,6	26,3	5,33	90	4.520 41 / 56	
Malta	394	402	91,2	0,7	0,7	1,77	98	9 / 8	
Martinica	393	413	95,2	0,8	0,8	1,90		9 / 8	
Micronesia (26)	526	863	28,6	3,6		3,40		26 / 25	
Nueva Caledonia	228	382	78,1	3,2		2,45		9 / 10	
Polinesia (27)	635	912	40,4	1,9		3,16		26 / 26	
Polinesia Francesa	244	355	52,6	1,6		2,44		11 / 11	
Qatar	610	874	92,9	1,7	0,3	3,22	98	17 / 13	
Reunión	756	1.014	72,1	2,2	0,6	2,30		11 / 9	
Samoa	178	254	22,3	1,4		4,12	76	5.450 34 / 29	
Suriname	436	459	74,8	1,3	1,2	2,45	95	3.310 35 / 23	
Timor-Leste, Rep. Dem.	778	1.433	7,5	4,7	7,6	3,85		186 / 179	
Vanuatu	212	435	22,1	4,2		4,13	87	2.710 32 / 39	

Notas de cuadros de indicadores

Las designaciones empleadas en esta publicación no entrañan la expresión de opiniones por parte del Fondo de Población de las Naciones Unidas con respecto a la jurídica legal en ningún país, territorio o zona, ni con respecto a sus autoridades o a la delimitación de sus fronteras o bordes.

Los datos para países o zonas de pequeña magnitud (en general, los que en 1990 tenían 200.000 o menos habitantes), no figuran por separado en este cuadro, sino que se han incluido en las cifras de población correspondientes a sus regiones.

- (*) Las regiones más desarrolladas abarcan América del Norte, el Japón, Europa y Australia/Nueva Zelanda.
- (+) Las regiones menos desarrolladas abarcan todas las regiones de África, América Latina y el Caribe, Asia (excluido el Japón) y Melanesia, Micronesia y Polinesia.
- (‡) Los países menos adelantados son los así designados por las Naciones Unidas.
- (1) Incluso Territorio Británico del Océano Índico y Seychelles.
- (2) Incluso Agalesa, Rodríguez y San Brandon.
- (3) Incluso Santo Tomé y Príncipe.
- (4) Anteriormente Zaire.
- (5) Incluso Sahara Occidental.
- (6) Incluso Santa Elena, Ascensión y Tristán da Cunha.
- (7) Incluso Macao.
- (8) El 1º de julio de 1997, Hong Kong pasó a ser una Región Administrativa Especial (RAE) de China.
- (9) Este dato se incluye en la agregación de las regiones más desarrolladas, pero no en la estimación para la región geográfica.
- (10) Turquía se incluye en el Asia occidental por razones geográficas. Según otras clasificaciones, este país se incluye en Europa.
- (11) Incluso Islas Anglonormandas, Islas Faeroe e Isla de Man.
- (12) Incluso Andorra, Gibraltar, San Marino y Santa Sede.
- (13) Incluso Liechtenstein y Mónaco.
- (14) Incluso Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Aruba, Dominica, Granada, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas.
- (15) Incluso Islas Malvinas (Falkland) y Guyana Francesa.
- (16) Incluso Bermudas, Groenlandia y Saint Pierre y Miquelon.
- (17) Incluso Isla Christmas, Isla Norfolk e Islas Cocos (Keeling).
- (18) Incluso Nueva Caledonia y Vanuatu.
- (19) Los Estados de la ex URSS se agrupan en las regiones existentes. Belarús, la Federación de Rusia, la República de Moldova y Ucrania figuran en Europa oriental. Armenia, Azerbaiyán y Georgia pertenecen al Asia occidental. Kazajistán, Kirguistán, Tayikistán, Turkmenistán y Uzbekistán pertenecen al Asia centromeridional. El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (20) El total regional, excluida la subregión, se indica por separado.
- (21) Esas subregiones corresponden a la Región de los Estados Árabes y Europa, establecida por el UNFPA.
- (22) Estimaciones basadas en informes de años anteriores. Se prevé la futura actualización de estos datos.
- (23) El total para Europa oriental incluye algunos Estados balcánicos de Europa meridional y Estados bálticos de Europa septentrional.
- (24) En esta cifra se incluyen Bélgica y Luxemburgo.
- (25) Según los informes más recientes, esta cantidad podría ser mayor. En futuras publicaciones se reflejará una evaluación de dichos informes.
- (26) Comprende Estados Federados de Micronesia, Guam, Islas del Pacífico (Palau), Islas Marianas Septentrionales, Islas Marshall, Isla Wake, Kiribati y Nauru.
- (27) Comprende Isla Johnston, Islas Cook, Islas Midway, Islas Wallis y Futuna, Pitcairn, Samoa, Samoa Americana, Tokelau, Tonga y Tuvalu.

Notas técnicas

En los cuadros estadísticos de esta edición del informe *El Estado de la Población Mundial* se sigue prestando especial atención a los indicadores que pueden contribuir a reflejar el adelanto hacia las metas cuantitativas y cualitativas establecidas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en materia de reducción de la mortalidad, acceso a la educación, acceso a los servicios de salud reproductiva (incluidos los de planificación de la familia) y prevalencia del VIH/SIDA entre los jóvenes. También se han introducido varios cambios en otros indicadores, como se explica más adelante. A medida que las acciones posteriores a la CIPD y a la Cumbre del Milenio vayan estimulando el establecimiento de mejores sistemas de monitoreo, en futuros informes se presentarán periódicamente distintas mediciones de los procesos, a medida que se disponga de ellas. El mejor monitoreo de las contribuciones financieras de los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado también debería posibilitar en el futuro una mejor información acerca de los gastos y la movilización de recursos para la conquista de las metas de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. A continuación se indican las fuentes de los indicadores, por categoría, y las razones por las cuales se los ha escogido.

Vigilancia de las metas de la CIPD

INDICADORES DE MORTALIDAD

Mortalidad de menores de un año y esperanza de vida al nacer, hombres y mujeres. Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Planillas proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas. Esos indicadores se refieren a los niveles de mortalidad, respectivamente, en el primer año de vida (en que hay mayor sensibilidad al grado de desarrollo del país) y a lo largo de todo el período de vida.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad: Fuente: *Maternal Mortality in 2003: Estimates Developed by WHO, UNICEF and UNFPA* (de próxima publicación). Este indicador refleja el número de defunciones de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, resultantes de trastornos relativos al embarazo, el parto y complicaciones conexas. No obstante, es difícil conseguir algún grado de precisión, aun cuando las magnitudes relativas son elocuentes. Las estimaciones inferiores a 50 no se redondean; en el tramo de 50 a 100, se redondean hacia las cinco unidades más próximas; en el tramo de 100 a 1.000, hacia las diez unidades más próximas; y por encima de 1.000, hacia las 100 unidades más próximas. Varias de las estimaciones de mortalidad relacionada con la maternidad difieren de las cifras oficiales presentadas por los gobiernos de los países. Las estimaciones se basan, en la medida de lo posible, en las cifras publicadas, utilizando fórmulas para mejorar la comparabilidad de los datos de diferentes fuentes. Los detalles sobre el origen de determinadas estimaciones por países se indican junto con la fuente. Tales estimaciones, así como las metodologías correspondientes, son objeto de constante revisión por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, otros organismos y varias instituciones académicas y se modifican cuando es necesario, como parte del continuo proceso de mejora de los datos sobre la mortalidad

derivada de la maternidad. Debido a los cambios en la metodología, es posible que las estimaciones anteriores de cifras correspondientes a 1995 no sean estrictamente comparables a las presentes estimaciones.

INDICADORES DE EDUCACIÓN

Tasas brutas de matriculación en la escuela primaria, varones y niñas. Tasas brutas de matriculación en la escuela secundaria, varones y niñas: Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, Montreal. Las tasas brutas de matriculación indican el número de estudiantes matriculados en un determinado nivel del sistema educacional por cada 100 personas que pertenecen al grupo de edades apropiado. No se introducen factores de corrección para personas que son mayores que la edad apropiada debido a que han comenzado más tarde, han interrumpido la asistencia a la escuela o han repetido grados.

Analfabetismo de adultos, hombres y mujeres: Fuente: Planillas suministradas por el Instituto de Estadística de la UNESCO, Montreal. Las definiciones de analfabetismo están sujetas a variaciones en diferentes países; hay en uso tres definiciones ampliamente aceptadas. En la medida de lo posible, los datos se refieren a la proporción de personas que no pueden ni leer ni escribir una frase simple acerca de la vida cotidiana, ni comprender cabalmente de qué se trata. La tasa de analfabetismo de adultos (tasa de analfabetismo de personas mayores de 15 años de edad) refleja tanto los niveles actuales de matriculación en la escuela como la historia de los niveles educacionales alcanzados en el pasado. Los mencionados indicadores de educación se han actualizado utilizando estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas que figuran en *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Los datos sobre educación son las estimaciones anuales más recientes para el período 1998-2000.

Porcentaje de alumnos que llegan al quinto grado de la escuela primaria: Fuente: Planilla suministrada por el Instituto de Estadística de la UNESCO: *School Life Expectancy, Percentage of Repeaters and Survival Rate in Primary Education by Country and Gender*. Los datos son los más recientes, dentro del período 1998-2000. Trece países proporcionaron datos hasta el cuarto grado (véase la fuente originaria).

INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

Alumbramientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años de edad: Fuente: Planilla de la División de Población de las Naciones Unidas. Éste es un indicador de la carga de la fecundidad sobre las mujeres jóvenes. Debido a que es un nivel anual agregado para todas las mujeres en la misma cohorte de edades, no refleja plenamente el nivel de fecundidad de las mujeres jóvenes. Dado que indica el número medio de alumbramientos por mujer y por año, podría multiplicarse por cinco para calcular aproximadamente el número de alumbramientos por cada 1.000 mujeres jóvenes antes de los veinte años. Esta medición no indica la magnitud cabal del embarazo en la adolescencia, dado que sólo se computan los alumbramientos de niños vivos. Las pérdidas debidas a mortinatalidad y abortos espontáneos o provocados no se reflejan en el indicador.

Prevalencia del uso de anticonceptivos: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2003. Base de datos sobre el uso de anticonceptivos (actualizada a junio de 2003). Nueva York: Naciones Unidas. Estos datos se han preparado sobre la base de encuestas por muestreo y reflejan en forma estimativa la proporción de mujeres casadas (incluidas las mujeres en uniones consensuales) que actualmente utilizan o bien cualquier método anticonceptivo, o bien métodos modernos, respectivamente. Los métodos modernos o clínicos abarcan la esterilización masculina y femenina, el dispositivo intrauterino (DIU), la píldora, los productos inyectables, los implantes hormonales, los condones y los métodos femeninos de barrera. Estas cifras son, a grandes rasgos, comparables entre distintos países, aunque no completamente, debido a la variación en el momento en que se realizan las encuestas y en los detalles de las preguntas. A diferencia de los criterios utilizados en años anteriores, todos los datos por países y regionales se refieren a mujeres de entre 15 y 49 años de edad. Todos los datos se recogieron en 1995 o posteriormente. Se mencionan los datos de las más recientes encuestas disponibles.

Tasa de prevalencia del VIH, M/F, 15 a 24 años. Fuente: UNAIDS. 2002. *The Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*. Ginebra: ONUSIDA. Los datos se basan en informes de los sistemas de vigilancia y en estimaciones realizadas aplicando modelos. Los datos presentados para varones y mujeres de 15 a 24 años de edad son, respectivamente, promedios de estimaciones altas y bajas para cada país. El año de referencia es 2001. Las diferencias entre varones y mujeres reflejan diferentes grados de vulnerabilidad fisiológica y social a la enfermedad y están afectadas por la diferencia de edades en la pareja sexual.

Indicadores demográficos, sociales y económicos

Población total en 2003, Proyecciones de población para 2050, Tasa media anual de crecimiento demográfico en el lapso 2000-2005: Fuente: Planillas proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la cantidad de población de cada país, las proyecciones de la futura cantidad y la actual tasa de crecimiento anual.

Porcentaje de población urbana, tasas de crecimiento urbano: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2002. *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. (Documento ESA/P/WR.173). Nueva York: Naciones Unidas. Estos indicadores reflejan la proporción de la población de los países que vive en zonas urbanas y la tasa de crecimiento en dichas zonas urbanas según las proyecciones para el período 2000-2005.

Población agrícola por hectárea de tierra cultivable y de tierra cultivada permanentemente: Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), (Datos del Servicio de Desarrollo Estadístico, FAO), utilizando datos de población agrícola basados en los datos de población total de la División de Población de las Naciones Unidas. 2001. *World Population Prospects: The 2000 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador vincula la cantidad de población de agricultores con las tierras aptas para la producción agrícola. Refleja los cambios, tanto en la estructura de las economías nacionales (proporción de mano de obra que trabaja en la agricultura) como en las tecnologías de aprovechamiento de tierras. Los valores altos pueden atribuirse a la sobrecarga de la

productividad de la tierra y la fragmentación de las parcelas. Por otra parte, esta medición también refleja distintos niveles de desarrollo y diversas políticas de uso del suelo. Los datos corresponden al año 2000.

Tasa de fecundidad total (período 2000-2005): Fuente: Planillas proporcionadas por la División de Población de las Naciones Unidas. La tasa indica el número de hijos que tendría una mujer en su etapa de procreación si tuviera hijos de conformidad con la tasa estimada para diferentes grupos de edades en el lapso especificado. Distintos países pueden llegar al nivel calculado en momentos diferentes dentro de dicho lapso.

Partos atendidos por personal capacitado: Fuente: Base de datos mundiales del UNICEF: *Skilled Attendants at Delivery* (Sitio Web del UNICEF). No se dispone de datos para los países más desarrollados. Este indicador se basa en los informes nacionales sobre la proporción de partos atendidos por “personal de salud capacitado o personal auxiliar capacitado: médicos (especialistas o no especializados) y/o personas con conocimientos sobre atención del parto que pueden diagnosticar y tratar complicaciones obstétricas, además de atender partos normales”. Los datos correspondientes a países más desarrollados reflejan sus más altos niveles de atención del parto por personal capacitado. Debido a la hipótesis de cobertura total, tal vez no se reflejen cabalmente en las estadísticas oficiales los déficit en los datos (y en la cobertura) de las poblaciones marginadas, ni los efectos de las demoras que obedecen a factores aleatorios o a las condiciones del transporte. Los datos son las estimaciones más recientes de que se dispone.

Ingreso nacional bruto per cápita: Fuente: Las cifras correspondientes a 2001 fueron proporcionadas por: Banco Mundial. *World Development Indicators Online*. Washington, D.C. Banco Mundial. Este indicador (anteriormente, producto nacional bruto (PNB) per cápita), mide el total de bienes y servicios de uso final producido por residentes y no residentes, independientemente de su asignación en el país o en el extranjero, en relación con el tamaño de la población. En ese carácter, indica la productividad económica de un país y difiere del producto interno bruto (PIB) dado que se introducen ajustes por concepto de remesas recibidas del exterior por los residentes en concepto de remuneración del trabajo o renta del capital, por concepto de pagos similares a los no residentes, y dado que se incorporan diversos ajustes técnicos, incluidos los relativos a la variación de los tipos de cambio a lo largo del tiempo. En esta medición también se tienen en cuenta las diferencias en el poder adquisitivo de las monedas, mediante ajustes de paridades de poder adquisitivo (PPA) para obtener el “INB real”. Algunas cifras de PPA se calcularon utilizando modelos de regresión; otras se extrapolaron de los más recientes datos básicos de referencia del Programa de Comparaciones Internacionales; los detalles figuran en la fuente originaria.

Gastos del gobierno central en educación y salud: Fuente: Banco Mundial, 2003. *World Development Indicators Online*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Estos indicadores reflejan la prioridad asignada por un país a los sectores de educación y salud, en función de la proporción de gastos gubernamentales dedicados a dichos sectores. No reflejan las diferencias en las asignaciones dentro de un mismo sector, por ejemplo, en educación primaria o servicios de salud, en relación con otros niveles, en que hay variaciones considerables.

La posibilidad de efectuar comparaciones directas se complica debido a las diferentes responsabilidades administrativas y presupuestarias asignadas a los gobiernos centrales, en comparación con los gobiernos locales, y en razón de los distintos papeles que desempeñan los sectores privado y público. Las estimaciones indicadas se presentan como partes proporcionales del PIB per cápita (para educación) o PIB total (para salud). Asimismo, se sugiere un alto grado de precaución al efectuar comparaciones entre países, debido a las variaciones en los costos de los insumos en diferentes lugares y distintos sectores. Los datos corresponden a las mejores estimaciones para el período 1998-2001.

Asistencia externa para actividades de población: Fuente: UNFPA. 2002. (Corrientes de recursos financieros destinados a actividades de población en 2000). Nueva York: UNFPA. Estas cifras corresponden al monto de asistencia externa a cada país que se destinó a actividades de población en el año 2000. Los fondos externos se desembolsan por conducto de organismos multilaterales y bilaterales de asistencia, y de organizaciones no gubernamentales. Se indican los países donantes colocando sus contribuciones entre paréntesis. En futuras ediciones de este informe se incluirán otros indicadores, a fin de proporcionar una mejor base de comparación y evaluación de las corrientes de recursos en apoyo de los programas de población y salud reproductiva, procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales. Los totales regionales indicados abarcan tanto proyectos por países como actividades regionales (que no se indican de otro modo en el cuadro).

Mortalidad de niños menores de cinco años: Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, tabulación especial basada en: Naciones Unidas: 2003. *World Population Prospects: The 2002 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas. Este indicador se refiere a la tasa de mortalidad de menores de un año y niños de corta edad. Por consiguiente, refleja los efectos de las enfermedades y otras causas de defunción en menores de un año y niños de corta edad. Otras mediciones demográficas más estandarizadas son la tasa de mortalidad de menores de un año y la tasa de mortalidad entre uno y cuatro años de edad, que expresan distintas causas y frecuencias de mortalidad en esas edades. Por consiguiente, estas mediciones reflejan mejor que la tasa de mortalidad de menores de un año la carga de enfermedades en la infancia, incluidas las que pueden prevenirse con mejor nutrición y programas de inmunización. La mortalidad de menores de cinco años se expresa como cantidad de defunciones de menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en un año dado. El cálculo se refiere al período 2000-2005.

Consumo de energía per cápita: Fuente: Banco Mundial. 2003. *World Development Indicators Online*. Washington, D.C.: Banco Mundial. Este indicador se refiere al consumo anual de energía comercial primaria (carbón, lignito, petróleo, gas natural, energía hidroeléctrica, energía nuclear y electricidad geotérmica), expresado en el equivalente de kilogramos de petróleo per cápita. Refleja el nivel de desarrollo industrial, la estructura de la economía y las pautas de consumo. La evolución a lo largo del tiempo puede reflejar cambios en el nivel y el equilibrio de diversas actividades económicas y variaciones en el grado de eficiencia del uso de energía (inclusive la disminución o el aumento del derroche en el consumo). Los datos corresponden a 2000.

Acceso a agua potable: Fuente: Las cifras se calcularon sobre la base de datos de abastecimiento mejorado a zonas rurales y urbanas proporcionados por la División de Población de las Naciones Unidas (véase más arriba). Este indicador refleja el porcentaje de la población que posee acceso a un suministro suficiente de agua apta para el consumo, a una distancia razonable del domicilio del usuario. Los conceptos en bastardillas utilizan definiciones a escala de país. Este indicador se relaciona con la exposición a riesgos para la salud, incluidos los derivados de un saneamiento incorrecto. Los datos son estimaciones y corresponden al año 2000.

Equipo editorial

El Estado de la Población Mundial 2003

Secretarios de Redacción: Stan Bernstein y William A. Ryan

Asistente de Redacción: Phyllis Brachman

Investigación editorial: Ann Erb-Leoncavallo, Margaret E. Greene, Karen Hardee, Don Hinrichsen, Janet Jensen, Mia MacDonald, Alex Marshall, Judith Senderowitz, Micol Zarb.

Pasante: Jeni Incontro

Impresión/Producción: Prographics, Inc.,

Annapolis, Maryland, Estados Unidos de América

Fotos, leyendas y autores

Tapa

© William A. Ryan/UNFPA

Afganistán, julio de 2003. En una escuela para niñas inaugurada recientemente por el Instituto Afgano de Aprendizaje, las alumnas adquieren conocimientos prácticos para obtener ingresos.

Página del Índice

© Jonathan Silvers

Sarah, de 15 años de edad, perdió a su madre y su padre a causa del SIDA. Desde entonces, se ha esforzado por criar a su hermanito y su hermanita menores en Zambia septentrional. Sólo asiste a la escuela durante unas pocas horas por semana.

Capítulo 1

© Jonathan Silvers

Yasmin, de 16 años de edad, dejó de asistir a la escuela en el tercer grado. Ha pasado la mitad de su vida vendiendo flores en las calles de Dhaka (Bangladesh).

Capítulo 2

© Mark Edwards/Still Pictures

Una clase de educación para niñas sobre la sexualidad en una aldea del estado de Haryana (India).

Capítulo 3

© Jørgen Schytte/Still Pictures

En Uganda, los escolares aprenden acerca del VIH/SIDA.

Capítulo 4

© Rick Maiman/David and Lucile

Packard Foundation

Jóvenes en México

Capítulo 5

© Mark Edwards/Still Pictures

Gaborone (Botswana). Madres adolescentes con sus hijitos.

Capítulo 6

© Ian Berry/Magnum Photos

Estudiantes tunecinos reunidos después de haber recibido lecciones de computación.

Capítulo 7

© Jørgen Schytte/Still Pictures

Adolescentes varones en la ciudad de Zomba (Malawi).

Página 60

© Steve McCurry/Magnum Photos

Guía en una aldea, Niamey (Níger).



Fondo de Población de las Naciones Unidas

220 East 42nd Street, 23rd Fl.

New York, NY 10017

Estados Unidos de América

www.unfpa.org



United Nations Population Fund
220 East 42nd Street, 23rd Fl.
New York, NY 10017
Estados Unidos de América
www.unfpa.org

ISBN 0-89714-672-7
S/8,000/2003 No. de venta: S.03.III.H.1

Impreso en papel reciclado.

